MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI

"Moving & Handling Patients"

Guida illustrata
all'utilizzo degli Ausili Minori

SAMARIT MEDITALIA S.R.L.
Via Alessandro Volta, 24
35030 – SARMEOLA DI RUBANO PADOVA
TEL. 049/8979968 – FAX 049/8986170
info@samarit.it – www.samarit.com – www.samarit.it

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

INDICE GENERALE

Premessa 3
Introduzione 4
Gli Ausili "Minori" Samarit 5

PARTE I – GLI AUSILI 7
Sistemi di trasferimento No-Lift – Materassini con telo rotante 8
Sistemi di trasferimento No-Lift – Materassi ad aria 9
Sistemi di trasferimento No-Lift - Materassini morbidi 10
Sistemi di trasferimento No-Lift – Assi rigide per il trasferimento del paziente supino 11
Sistemi di trasferimento No-Lift – Assi rigide per il trasferimento del paziente seduto 12
Teli ad alto scorrimento 13
Teli ad alto scorrimento con maniglie 14
Materassini tubolari morbidi ad alto scorrimento (Copriletto terapeutici) 15
Cuscini tubolari a scorrimento unidirezionale 16
Cinture ergonomiche 17
Fasce e teli ergonomici con maniglie 18
Dischi girevoli 19
Cuscini gonfiabili 20

PARTE II- LE OPERAZIONI 21
Trasferimento laterale del paziente supino 22
Trasferimento laterale del paziente bariatrico 24
Trasferimento laterale del paziente supino in presenza di dislivelli 25
Trasferimento laterale del paziente supino tra superfici accostate senza fessure e/o dislivelli 26
Traslazione del paziente supino 27
Riposizionamento del paziente supino verso la testiera del letto 28
Raddrizzamento da sdraiato a seduto (al bordo del letto) 30
Abbassamento da seduto a sdraiato (o semisdraiato) sul letto 31
Riposizionamento in carrozzina/poltrona 32
Raddrizzamento da seduto in piedi 33
Abbassamento da in piedi a seduto 34
Trasferimento verticalizzato carrozzina/letto (e viceversa) 36
Trasferimento verticalizzato carrozzina/wc (e viceversa) 37
Trasferimento laterale letto/carrozzina/wc/auto 38
Sollevamento di un paziente dal suolo 39
Igiene e Manutenzione 42

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Premessa

Le statistiche riportano che, tra le diverse categorie professionali, quella degli infermieri è la più colpita da infortuni sul luogo di lavoro. Le lesioni all'apparato muscolo-scheletrico (MSI) sono quelle più frequenti e riguardano prevalentemente la schiena, ma anche collo, spalle, braccia, polsi e gambe sono a rischio! Tali lesioni sono causate o indotte prevalentemente dalla movimentazione manuale dei pazienti.
Anche quando eseguite correttamente, le operazioni manuali di movimentazione di un paziente non autosufficiente o solo parzialmente autosufficiente possono implicare posizioni e posture scomode, sforzi eccessivi che possono comportare delle lesioni. In tali situazioni è necessario considerare l'utilizzo di un ausilio.

Le strutture sanitarie e assistenziali che hanno adottato una politica "No-Lift" di prevenzione dei rischi basata su valutazione del rischio, introduzione di ausili appropriati e di procedure adeguate, sorveglianza sanitaria e formazione degli operatori hanno ottenuto eccezionali risultati in tal senso e hanno migliorato considerevolmente la qualità dell'assistenza prestata ai propri pazienti.

Scopo di questo opuscolo è migliorare il grado di conoscenza degli ausili minori per la movimentazione "manuale" dei pazienti e illustrare le tecniche basilari per il loro utilizzo.

Gli ausili presentati vengono utilizzati quotidianamente da migliaia di operatori professionali in ospedale, in casa di riposo e nell'assistenza domiciliare contribuendo a migliorare la qualità dell'assistenza medico-infermieristica e le condizioni di lavoro del personale infermieristico. I suggerimenti forniti traggono perciò spunto da esperienze dirette riportate da coloro che, quotidianamente, si confrontano con il problema dell'assistenza a pazienti non autosufficienti.

La guida non pretende di essere esaustiva! Vengono presentate possibili soluzioni ad alcuni problemi di movimentazione manuale dei pazienti. La scelta degli ausili non potrà comunque prescindere da un'appropriata valutazione dei rischi connessi e dalla verifica dell'idoneità degli ausili stessi.

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Introduzione

Il Decreto Legislativo 626/94 sul miglioramento della sicurezza e della salute sul luogo di lavoro ha significative ripercussioni anche nell'attività degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza di pazienti non autosufficienti nelle strutture sanitarie/assistenziali e a domicilio. Infatti, in ragione della mutata disciplina giuridica, gli operatori di assistenza hanno considerato illegittimo e rischioso per la propria salute continuare ad eseguire le manovre di movimentazione manuale sollevando il corpo dell'assistito di peso senza fare ricorso ad ausili idonei allo svolgimento di questa manovra.

L'elevato numero di episodi di lombalgia acuta nel personale addetto all'assistenza di pazienti non autosufficienti dal punto di vista motorio con un corrispondente e consistente numero di giornate lavorative perse (il numero di patologie degenerative del rachide denunciate all'INAIL ha ormai raggiunto il 10% del totale delle malattie professionale denunciate ogni anno) dimostra che la problematica è di grande rilevanza.

L'assistenza ad una persona non autosufficiente o solo parzialmente autosufficiente implica spesso la necessità di sollevamenti, trasferimenti, mobilizzazioni e riposizionamenti. Poiché queste operazioni sono condotte con un essere umano solitamente debilitato e fragile, esse risultano molto più complesse e rischiose rispetto alle operazioni di movimentazione di un qualsiasi oggetto inanimato in ambito industriale. Un corpo umano risulta più pesante, più delicato e più difficile da maneggiare.
Tutto ciò può improvvisamente costringere colui che assiste una persona non autosufficiente ad assumere posture scorrette o ad eseguire movimenti pericolosi che possono causare lesioni dorso-lombari. In aggiunta le condizioni mediche o psicologiche del paziente possono complicare ulteriormente le diverse operazioni. La persona da assistere potrebbe avere ridotte o nulle capacità motorie, non collaborare o addirittura essere combattivo, potrebbe non essere in grado di comprendere o comunicare chiaramente, potrebbero esserci altri impedimenti (flebo, apparecchiature mediche, ecc.) che limitano ulteriormente la capacità di manovra dell'operatore di assistenza.

I principali fattori di rischio di sovraccarico biomeccanico del rachide che caratterizzano l'attività lavorativa di operatori che mobilizzano manualmente pazienti sono:

- il carico assistenziale (presenza di pazienti non autosufficienti);
- il grado di disabilità motoria dei pazienti;
- gli aspetti strutturali degli ambienti di lavoro;
- le attrezzature in dotazione (letti e barelle ad altezza regolabile, carrozzine, ecc.);
- la formazione degli operatori sullo specifico argomento.

Analizzando la tipologia delle movimentazioni manuali effettuate sui pazienti totalmente o parzialmente non autonomi (riposizionamenti, trasferimenti passaggi posturali, ecc.) e il tempo dedicato a queste operazioni ed all'assistenza sanitaria diretta, la valutazione del carico assistenziale è data da:

- numero medio di pazienti assistiti (per ogni turno)
- numero degli operatori addetti
- grado di non autosufficienza dei pazienti assistiti. I pazienti non autosufficienti vengono distinti in base alle loro residue capacità motorie in totalmente non collaboranti (NC) e parzialmente non collaboranti (PC). Il grado di collaborazione del paziente implica un differente sovraccarico biomeccanico sul rachide lombare in relazione alle diverse tipologie di manovre effettuate. Per totalmente non collaborante si intende un "paziente non in grado di utilizzare gli arti superiori ed inferiori e che pertanto nelle azioni di trasferimento deve venire completamente sollevato". Per parzialmente collaborante si intende un "paziente in grado di usare le sue residue capacità motorie e pertanto viene solo parzialmente sollevato dall'operatore".

E' evidente che, senza idonei "fattori di protezione", l'attività di movimentazione manuale dei pazienti è in grado di causare sicuramente patologie a carico del rachide.

Svariate sono le operazioni di movimentazione che possono essere richieste:

- il sollevamento
- il trasferimento laterale tra due superfici orizzontali
- il riposizionamento nel letto e nella carrozzina
- la deambulazione
- lo svolgimento di attività quotidiane (igiene, medicazione, alimentazione, ecc.)

Nel corso degli ultimi anni le Aziende hanno sviluppato ausili di tipo elettrico o meccanico per la movimentazione che hanno lo scopo di ridurre il sovraccarico funzionale indotto dalle operazioni di movimentazione del paziente. Tali ausili

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

vengono distinti in "maggiori" (i sollevapazienti) e "minori" dove l'aggettivo "minori" va inteso come "di più piccole dimensioni" e non va riferito alla loro utilità ed efficacia nel diminuire il carico discale negli operatori.

Gli ausili vengono prevalentemente utilizzati:

- per accrescere l'indipendenza (ove possibile)
- per fornire un mezzo sicuro nella movimentazione di pazienti non autosufficienti
- per mantenere la dignità del paziente
- per eliminare o minimizzare i rischi associati alla movimentazione manuale dei pazienti non autosufficienti

Mentre i tradizionali sollevapazienti, destinati al sollevamento di pazienti totalmente non autosufficienti, potrebbero trovare ostacoli a volta insormontabili nel rifiuto del paziente o dei suoi familiari o nelle eventuali carenze di tipo strutturale (ambiente di lavoro), gli ausili cosiddetti "minori possono rappresentare, per la pronta disponibilità, lo scarso ingombro, la velocità e la semplicità d'uso, i protagonisti principali in una politica di prevenzione dei rischi associati alla movimentazione dei pazienti.

Gli ausili "minori" includono: materassini di trasferimento, teli ad alto scorrimento per la mobilizzazione del paziente allettato o seduto, assi per il trasferimento del paziente in posizione supina o seduta, cinture ergonomiche per il sostegno, il supporto e la deambulazione, teli e fasce ergonomiche con maniglie per il trasferimento e la mobilizzazione, piastre e cuscini girevoli per la rotazione assistita del paziente in piedi o seduto, materassini morbidi per mobilizzazione e cura.

Relativamente agli ausili "minori" la letteratura riporta le seguenti evidenze:

- L'utilizzo di ausili che riducano l'attrito durante un'operazione di movimentazione riduce significativamente lo sforzo richiesto, ad esempio, nel trasferimento di un paziente tra due superfici adiacenti rispetto allo sforzo richiesto quando si utilizza il lenzuolo o la traversa;
- I vari ausili possono differire in termini di efficacia nella riduzione dello sforzo richiesto e nel miglioramento della postura;
- L'uso combinato di ausili diversi comporta spesso una riduzione dello sforzo rispetto all'utilizzo di un unico ausilio;
- I pazienti riportano una sensazione di maggiore comfort e di maggiore sicurezza durante la movimentazione;
- Gli operatori riportano una percezione di sforzo ridotto a livello di spalle, schiena e arti quando utilizzano ausili in grado di ridurre l'attrito durante la movimentazione;
- Alcuni pazienti, conservando residue capacità motorie, possono anche raggiungere un certo grado di indipendenza attraverso l'uso di determinati ausili.

Gli Ausili "Minori" Samarit

Gli ausili minori Samarit sono ausili meccanici destinati alla facilitazione delle operazioni di movimentazione manuale dei pazienti attraverso manovre di spinta, trazione, scivolamento e scorrimento. Sono stati progettati per l'uso in ospedali, case di cura e strutture sanitarie/assistenziali e per l'assistenza domiciliare e le loro tecniche di utilizzo si basano su principi biomeccanici comprovati.

Gli ausili minori possono contribuire, a volte in modo determinante, alla risoluzione di alcuni problemi di movimentazione dei pazienti, permettendo in modo particolare:

- di evitare il sollevamento del paziente
- di migliorare le prese e il modo di afferrare il paziente
- di adottare posture meno sovraccaricanti
- di evitare sforzi in torsione
- di evitare lesioni cutanee da sfregamento e frizione

Gli operatori dovrebbero essere incoraggiati ad utilizzare gli ausili ogni volta che è necessario evitare una movimentazione manuale potenzialmente rischiosa. Per stimolare l'utilizzo è necessario che tali ausili siano:

- disponibili in quantità sufficienti
- immagazzinati in luoghi visibili e facilmente accessibili
- valutati e selezionati dagli stessi operatori
- supportati da un training appropriato
- equipaggiati con accessori e pezzi di ricambio
- mantenuti in piena efficienza

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Linee guida generali per l'utilizzo degli ausili minori

- Durante l'esecuzione di qualunque azione che comporti l'assunzione di posizioni che, da un punto di vista ergonomico, sono potenzialmente dannose per la schiena, è necessario osservare le **tecniche** e le **posture corrette**. Gli operatori che le eseguono devono perciò essere appositamente addestrati. **Il fisioterapista potrà individuare i meccanismi corporei più appropriati alle diverse operazioni**
- valutare le condizioni del paziente prima di eseguire qualsiasi operazione di movimentazione
- cercare di ottenere dal paziente la massima collaborazione possibile fornendo istruzioni chiare e lasciando il tempo per la risposta
- riconoscere i propri limiti e non eccedere
- lavorare in team con colleghi adeguatamente preparati. E' sempre necessario ricercare il massimo affiatamento con i colleghi per lavorare in modo coordinato
- pianificare e preparare mentalmente l'operazione
- disporre correttamente le attrezzature (barelle, carrozzine, ecc.), regolare l'altezza, assicurarsi che freni di letti, barelle, carrozzine, ecc. siano bloccati
- è importante evitare di flettere la schiena piegando invece, per raggiungere lo stesso obiettivo, le gambe e lavorare con le gambe
- è necessario dare sempre al proprio corpo una buona base di appoggio per garantire il necessario equilibrio. Ad esempio la stabilità sarà maggiore allargando le gambe e flettendole per abbassare il centro di gravità
- evitare di ruotare solo il tronco ma girare tutto il corpo
- in tutte le operazioni che richiedono di stare chinati sul letto appoggiare un ginocchio sul letto stesso
- il movimento potrà risultare più agevole se viene scomposto in più fasi

Dal punto di vista organizzativo vi sono condizioni che potrebbero aggravare i rischi connessi alla movimentazione sono, ad esempio:

- non distribuire, sostituire, rendere immediatamente disponibili attrezzature e ausili
- un servizio di manutenzione non efficiente per cui le attrezzature non si trovano in buone condizioni operative
- non valutare correttamente le esigenze di movimentazione dei vari reparti e delle unità operative
- non comunicare chiaramente le esigenze e le aspettative
- un training non adeguato (limitato alle tecniche manuali e alle posture, senza l'addestramento sugli ausili, non svolto sistematicamente e non ripetuto periodicamente, svolto senza la dovuta competenza)

Raccomandazioni

- Un ausilio deve essere utilizzato unicamente per gli scopi per i quali è stato progettato ed entro i limiti previsti per l'utilizzo indicati nella documentazione tecnica. La mancata osservanza delle istruzioni d'uso può causare infortuni all'utilizzatore e/o a terzi
- Prima di utilizzare gli ausili si raccomanda di leggere attentamente ed integralmente le istruzioni tecniche contenute nel manuale d'uso. Tali informazioni sono essenziali per ottimizzare il rendimento e l'efficienza nel tempo dei vari prodotti e per garantire la sicurezza degli utilizzatori e del paziente.
- Gli ausili non devono essere utilizzati, salvo alcuni casi particolari, per eseguire operazioni di sollevamento del paziente
- L'utilizzatore è tenuto ad eseguire tutte le verifiche e gli interventi manutentivi specificati nella documentazione tecnica a partire dal primo utilizzo del prodotto. La manutenzione deve essere eseguita in conformità alle raccomandazioni pubblicate nella documentazione tecnica
- In generale i movimenti di spinta devono essere eseguiti ad una certa altezza (tra 80 e 120 cm) per evitare un'eccessiva flessione del tronco e sfruttare correttamente la forza muscolare delle gambe mentre i movimenti di trazione vanno eseguiti ad un'altezza più bassa (60 – 80 cm) tenendo i gomiti diritti per evitare sforzi eccessivi a livello delle spalle
- Qualsiasi manovra deve essere eseguita lentamente per ridurre il carico fisico per l'operatore e, nel contempo, garantire una movimentazione priva di rischi per il paziente
- Prima di eseguire qualsiasi manovra si raccomanda di prendere in esame i fattori ambientali (arredi, attrezzature, letti, spazi di manovra, tipo di ausilio, ecc.), le caratteristiche del paziente (peso, corporatura, condizioni mediche, grado di collaborazione, capacità di comprensione delle istruzioni), il tipo di movimentazione (trasferimento, mobilizzazione, riposizionamento, ecc.), le capacità individuali degli operatori di assistenza. Una corretta valutazione di questi fattori è essenziale per l'individuazione dell'ausilio più appropriato
- In linea di massima gli ausili vanno rimossi una volta eseguita la movimentazione

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

PARTE I
GLI AUSILI

Tutti i prodotti Samarit sono dispositivi medici provvisti di marcatura CE e certificato CE in conformità alla Direttiva 93/42CEE e sono iscritti al Repertorio generale dei dispositivi medici in conformità con il DM 20 febbraio 2007. Sono costruiti a regola d'arte e sono conformi alle vigenti direttive e norme in materia di fabbricazione, messa in commercio, procedure ed operazioni di installazione, documentazione, prevenzione e protezione dai rischi e sicurezza sul lavoro.

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Sistemi di trasferimento No-Lift – Materassini con telo rotante

Si tratta di materassini con un'anima semirigida, con una lunghezza di 180 cm, pieghevole per ridurne l'ingombro e facilitare il trasporto. Il materassino è provvisto di un telo tubolare che ruota attorno all'anima.
Posizionato sotto il paziente il materassino ne consente il trasferimento laterale tra due superfici orizzontali in modo completamente traumatico anche da parte di un unico operatore, senza alcuno sforzo e senza rischi per la sua schiena poiché il paziente, di fatto, non viene sollevato ma trasferito per traslazione.

Il trasferimento laterale del paziente supino si utilizza per movimentare un paziente tra due superfici orizzontali. Esempi di trasferimento laterale sono:

- *trasferimento letto/letto*
- *trasferimento letto/barella o barella doccia*
- *trasferimento barella/tavolo radiologico – tavolo operatorio*

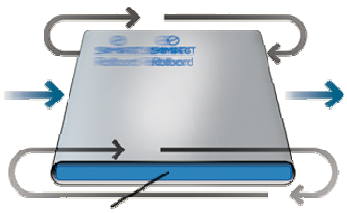
Vantaggi:

- veloci e semplici da usare
- leggeri e poco ingombranti
- il paziente non viene sollevato
- spesso il trasferimento richiede un solo operatore per essere effettuato
- quando utilizzati in modo appropriato riducono considerevolmente lo sforzo necessario per effettuare il trasferimento
- sono disponibili in misure e tipi diversi

Svantaggi:

- alcuni prodotti non riducono sensibilmente l'attrito
- non possono essere utilizzati in presenza di grandi dislivelli (oltre 12-15 cm) e/o di fessure superiori a 15-20 cm.
- alcuni ausili non sono dotati di maniglie per il trasporto o sono troppo pesanti
- gli operatori possono essere indotti ad esercitare forze orizzontali quando si trovano in una postura scorretta

Samarit Rollbord
180 x 50 cm



Caratteristiche:

- Non traumatico per l'operatore (No-Lift)
- Massima sicurezza durante il trasferimento del paziente; Massimo comfort; Nessun disagio per il paziente
- In grado di superare fessure sino a 20 cm e dislivelli sino a 15 cm in piena sicurezza grazie alle estremità rigide in ABS;
- Le estremità rigide evitano lo scorrimento verticale del telo durante la rotazione
- Portata massima: il prodotto è stato testato con pazienti sino a 180 kg
- Telo rotante antistrappo, ignifugo, "Skin Friendly" (non si attacca alla pelle del paziente come il normale Nylon)
- Massima igiene: telo provvisto di trattamento antibatterico e antifungineo che inibisce la crescita di un ampio spettro di batteri e funghi e riduce il rischio di contaminazione microbica
- Antistatico, anallergico, Latex Free
- Pieghevole, minimo ingombro, leggerissimo (2,9 kg) e facile da trasportare (provvisto di cinghie per il trasporto)
- Costruzione indistruttibile, 36 mesi di garanzia
- Disponibile in diversi modelli per ogni specifica esigenza

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Sistemi di trasferimento No-Lift – Materassi ad aria

Si tratta di materassi gonfiabili in materiale ad alto scorrimento sul lato inferiore provvisti di un'unità di gonfiaggio.
Il gonfiaggio con aria del materasso consente di sollevare il paziente, il materiale ad alto scorrimento sul lato inferiore del materasso consente quindi il trasferimento laterale senza fare perciò uno sforzo eccessivo. Questo ausilio unisce perciò un elevato comfort per il paziente ai vantaggi di un telo ad alto scorrimento riducendo il rischio di lesioni per il personale di assistenza nel trasferimento letto/barella/tavolo di procedura di pazienti anche molto pesanti (portata oltre i 500 kg).

Vantaggi:
- unisce il comfort di un materasso ad aria con i vantaggi di un telo ad alto scorrimento
- riduce il rischio di lesioni per il personale di assistenza nel trasferimento letto/barella/tavolo di procedura di pazienti molto pesanti
- la presenza di cinghie estensibili permette di assumere posture meno sovraccaricanti

Svantaggi:
- alcuni prodotti utilizzano l'aria come lubrificante per ridurre l'attrito (come un "hovercarft"). Ciò implica che l'unità di gonfiaggio deve continuare a pompare aria durante tutta l'operazione di trasferimento con un rumore che risulta molto fastidioso
- non possono essere utilizzati in presenza di grandi dislivelli (oltre 12-15 cm) e/o di fessure superiori a 15-20 cm.
- alcuni ausili non sono dotati di maniglie per il trasporto o sono troppo pesanti
- gli operatori possono essere indotti ad esercitare forze orizzontali quando si trovano in una postura scorretta

Samarit AirSlide
198 x 81 cm/198 x 117 cm

Caratteristiche:
- Portata massima: 544 kg
- Evita il sollevamento manuale
- Protegge la cute delicata
- Assenza di cuciture, fori e Velcro – maggiore controllo delle infezioni
- Gonfiaggio rapido con blocco automatico
- Saldature in radiofrequenza
- Può essere utilizzato sul pavimento
- Radiotrasparente
- Maniglie di trazione che consentono una postura appropriata evitando al personale di piegare la schiena
- Facile da pulire
- Sistema portatile con borsa trolley
- Disponibile in due misure: large e bariatric

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Sistemi di trasferimento No-Lift - Materassini morbidi

Un trasferimento laterale tra superfici ben accostate senza che vi siano fessure e dislivelli (ad esempio tra due letti) può essere eseguito anche con l'ausilio di materassini morbidi ad alto scorrimento. Il materassino morbido funziona con lo stesso principio del materassino con telo rotante: viene posizionato sotto il paziente il quale viene trasferito, ad opera di uno o due operatori, sfruttando l'attrito ridotto tra i materiali con in quali il materassino è costruito. Questo tipo di ausilio viene inoltre utilizzato nella mobilizzazione del paziente allettato sia in senso longitudinale che trasversale e anche in rotatorio.

Vantaggi:
- comfort per il paziente
- utilizzabile anche per il riposizionamento sul letto

Svantaggi:
- non possono essere utilizzati per il trasferimento in presenza di dislivelli e/o di fessure

Samarit Rollover
180 x 70 cm

Caratteristiche:
- Utile nelle situazioni nelle quali viene richiesto un prodotto morbido. Funziona come Rollbord: basso attrito = alto scorrimento
- Non traumatico per l'operatore (No-Lift), evita il sollevamento manuale
- Molto confortevole = nessun disagio per il paziente
- Nessun disagio per il paziente
- Tessuto molto resistente a scivolamento facilitato, impermeabile e traspirante
- Antistatico, Anallergico - Latex free
- Lavabile a 60° C. (accessorio: cover lavabile a 90° C); disinfettabile con alcool isopropilico al 45%
- Disponibilità di coperture monouso in pezzi singoli per ridurre la frequenza dei lavaggi e aumentare la garanzia di igiene

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Sistemi di trasferimento No-Lift – Assi rigide per il trasferimento del paziente supino

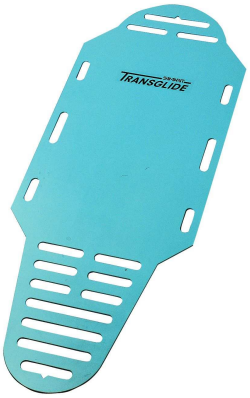
Le assi rigide a scivolamento vengono utilizzate nei trasferimenti laterali tra due superfici orizzontali in presenza di elevati dislivelli o di fessure. Esse rappresentano sostanzialmente dei "ponti" tra due superfici sulle quali il paziente scivola durante il trasferimento. Sono costruite con materiali indistruttibili (generalmente polietilene ad alta densità), le superfici vengono trattate per ridurre l'attrito, sono disponibili in forme diverse per soddisfare specifiche esigenze. Il loro utilizzo è indicato qualora il dislivello tra le superfici di trasferimento sia superiore ai 15 cm.

Vantaggi:
- Non traumatico per l'operatore
- Massima sicurezza durante il trasferimento
- Nessun disagio per il paziente
- In grado di superare dislivelli e fessure sino a 20-25 cm
- Molto sottile, utilizzabile anche nel caso di pazienti che non possano essere ruotati sul fianco (ad es. pazienti operati di protesi d'anca).
- Solido e resistente alla rottura
- Facile manutenzione: pulizia e disinfezione secondo le normali procedure

Svantaggi:
- Ingombro
- Peso

Samarit Transglide Small
140 x 48 cm

Samarit Transglide Big
170 x 65 cm



Caratteristiche:
- Non traumatico per l'operatore poiché non è necessario sollevare il paziente (No-Lift)
- Utilizzo manuale d a parte di due addetti all'assistenza
- Massima sicurezza durante il trasferimento
- Nessun disagio per il paziente
- In grado di superare dislivelli fino a 20 – 25 cm
- Leggero (solo 3,5 - 4 kg); spessore: 5 mm
- Costruzione indistruttibile (polietilene ad alta densità)
- Radiotrasparente e compatibile con RMN
- Carico massimo: 150 kg
- Facile manutenzione, lavabile e disinfettabile con normali prodotti igienizzanti, resistente agli acidi
- Atossico, Latex-Free, bassa reazione al fuoco
- Provvisto di bande di sicurezza (3M) sulla parte posteriore

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Sistemi di trasferimento No-Lift – Assi rigide per il trasferimento del paziente seduto

Le assi rigide semplificano il trasferimento del paziente dal letto alla sedia a rotelle, da questa al WC o alla poltrona o al sedile dell'auto.
In passato tali ausili venivano realizzati artigianalmente in legno. Oggi le assi sono costruite in materiale molto resistente e la loro superficie viene trattata per ridurre l'attrito e facilitare lo scivolamento. Devono essere inoltre facilmente lavabili e disinfettabili. Hanno una forma curva (la forma a banana è "brevettata" da Samarit) e possono essere di diverse misure.
Vengono utilizzate solo con pazienti parzialmente collaboranti con sufficiente controllo del tronco, con una tecnica che consente di potenziare e sfruttare al meglio le capacità motorie residue del paziente. In taluni casi vengono utilizzati autonomamente dal paziente o dal disabile.

Vantaggi:
- non è necessario sollevare il paziente
- alcuni ausili sono in grado di ridurre significativamente l'attrito
- alcuni pazienti sono in grado di trasferirsi autonomamente
- sono disponibili in un'ampia varietà di misure e forme
- le assi con forma curva consentono il trasferimento anche in presenza di braccioli fissi sulla carrozzina

Svantaggi:
- l'uso non appropriato può esporre l'operatore al rischio di lesioni dorso-lombari
- non vi devono essere dislivelli tra le superfici
- il paziente deve avere sufficiente controllo del tronco
- il paziente deve essere collaborante
- alcuni ausili non sono provvisti di maniglia per il trasporto e/o il posizionamento
- l'operatore potrebbe essere indotto ad assumere posture pericolose
- le dita dell'operatore potrebbero rimanere schiacciate sotto l'asse

Nel trasferimento a/da autoveicoli è opportuno osservare alcune raccomandazioni:
- veicoli a 2 porte risultano più adatti poiché l'apertura delle portiere è generalmente più ampia
- idealmente seduta della carrozzina e sedile dell'auto devono trovarsi alla stessa altezza. E' necessario rimuovere braccioli e pedane per i piedi
- bloccare i freni della carrozzina
- il piegamento del busto in avanti faciliterà l'uscita del veicolo
- la porta dell'auto potrà servire come supporto/sostegno
- qualora si utilizzi anche un telo ad alto scorrimento prestare attenzione che lo scivolamento non avvenga in modo incontrollato.

Samarit Glideboard "Banana"
68 cm

Samarit Great Glideboard
80 cm

Samarit Biggest Glideboard
100 cm

Caratteristiche:
- Semplificano il trasferimento, autonomo o assistito, del paziente seduto dal letto alla sedia a rotelle, da questa al WC o alla poltrona
- Massima sicurezza durante il trasferimento. E' costruita con materiale indistruttibile (HDPE)
- Maniglie di presa per l'operatore
- Angoli smussati
- Resistente agli acidi, facile da pulire e da disinfettare
- Adesivo antiscivolo sulla parte inferiore per un sicuro posizionamento
- La forma curva a banana facilita il trasferimento anche in presenza di carrozzine con braccioli non estraibili
- Intl. Patent Design
- Materiali atossici, Latex-Free, bassa reazione al fuoco
- Disponibile in modelli e misure per trasferimento autonomo o assistito

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Teli ad alto scorrimento

Alcune operazioni di mobilizzazione sul letto possono venire ausiliate con i teli ad alto scorrimento.
Si tratta di teli realizzati con un materiale tessile a basso attrito che facilitano la mobilizzazione trasversale e longitudinale del paziente sul letto, la rotazione sul fianco in posizione supina, l'assunzione di posizione seduta ed altre comuni operazioni di mobilizzazione del paziente allettato.
Possono essere di tipo tubolare o piano. In quest'ultimo caso vanno utilizzati accoppiati tra loro o piegati a metà. Sono disponibili in misure diverse e vanno posizionati sotto il lenzuolo o sotto la traversa. Alcuni (teli piani) sono provvisti di maniglie ergonomiche lungo i lati per facilitare la presa nelle varie operazioni di mobilizzazione.
L'utilizzo dei telini riduce lo stress fisico associato alle diverse operazioni di mobilizzazione del paziente incoraggiando l'assunzione di posture meno rischiose per l'operatore e migliorando le condizioni di lavoro per il personale di assistenza.

I teli ad alto scorrimento possono essere utilizzati per:
- *facilitare l'indipendenza e mobilità sul letto*
- *mobilizzare il paziente sul letto*
- *spostare il paziente dal bordo al centro del letto*
- *ruotare il paziente sul fianco*
- *trasferire lateralmente il paziente dal letto alla barella*

Vantaggi:
- semplici e versatili
- lo scivolamento può evitare il sollevamento manuale
- possono essere utilizzati con il paziente seduto o con il paziente in posizione supina
- le maniglie laterali possono fornire una presa sicura
- l'operatore può utilizzare fasce o cinture ergonomiche per ridurre la necessità di afferrare le maniglie
- alcuni tipi di teli possono essere lasciati sotto il paziente
- riducono lo sforzo necessario per mobilizzare il paziente
- se utilizzati correttamente evitano posture scorrette
- risultano generalmente più confortevoli rispetto a materassini rigidi o semirigidi

Svantaggi:
- pazienti con ulcere da decubito o pelle particolarmente sensibile possono provare dolore
- pazienti particolarmente pesanti possono richiedere uno sforzo eccessivo. In tali casi è opportuno considerare altri tipi di ausilio (materassino con telo rotante o sollevapazienti)
- nel caso lo stesso telo venga utilizzato con diversi pazienti è necessario adottare idonee precauzioni per il controllo delle infezioni
- non possono essere utilizzati nei trasferimenti in presenza di fessure o dislivelli tra le superfici. In tal caso è opportuno utilizzare un materassino rigido o semirigido o un asse di trasferimento
- uno scivolamento può risultare un sollevamento se l'operatore non utilizza le tecniche appropriate
- un trasferimento può richiedere più operatori
- l'utilizzo richiede un'operazione aggiuntiva per posizionare e rimuovere il telo sotto il paziente

Samarit Careglide mod. 1
70 x 70 cm

Samarit Careglide mod. 2
100 x 80 cm

Samarit Careglide mod. 3
130 x 100 cm

Samarit Careglide mod. 4
110 x 80 cm

Samarit Careglide mod. 5
100 x 130 cm

Samarit Careglide mod. 6
180 x 70 cm

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Caratteristiche:
- Migliorano le condizioni di lavoro del personale infermieristico
- Semplice utilizzo, minimo spessore
- Alto grado di scorrimento
- Lunga durata, antistrappo
- Impermeabili ai liquidi
- Non irritanti per il paziente – Latex-Free, atossici
- Facile manutenzione (lavabili a 75° C con detersivi e detergenti di uso corrente, disinfettabili con alcool isopropilico al 45% o altri prodotti di uso corrente)
- Bassa reazione al fuoco
- Radiotrasparenti e compatibili RMN
- Disponibili in 6 misure diverse

Teli ad alto scorrimento con maniglie

Telini ad alto scorrimento piani provvisti di maniglie ergonomiche sui 4 lati. Si utilizzano accoppiati tra loro. Uno degli operatori ruota quindi il paziente sul fianco mentre il secondo, posto sull'altro lato, posiziona i due telini lungo il paziente. E' necessario fare attenzione che il telo provvisto di maniglie sia quello superiore e che le stesse siano rivolte verso l'alto. La testa va posizionata sopra il telo. La rotazione del paziente sull'altro lato permette al primo operatore di liberare le maniglie poste sul proprio lato. A questo punto, con il paziente riportato in posizione supina, i due operatori possono afferrare le maniglie ergonomiche ed eseguire la mobilizzazione.
Gli operatori afferrano le maniglie a livello di spalle e fianchi e, sincronizzando i propri movimenti, effettuano la movimentazione in senso trasversale o longitudinale. Per mezzo delle maniglie è possibile inoltre ruotare il paziente in posizione di decubito laterale per poi riportarlo verso il centro del letto.

Samarit Careglide Moving Set
1 telino con maniglie sui 4 lati, mis. 170 x 60 cm. + 1 telino mis. 170 x 60 cm + 1 telino tubolare mis. 65 x 55 cm

Caratteristiche:
- Set composto da:
    - 1 telino con maniglie sui 4 lati, mis. 170 x 60 cm.
    - 1 telino mis. 170 x 60 cm
    - 1 telino tubolare mis. 65 x 55 cm
- Migliorano le condizioni di lavoro del personale infermieristico
- Semplice utilizzo, minimo spessore
- Alto grado di scorrimento
- Lunga durata, antistrappo
- Impermeabili ai liquidi
- Non irritanti per il paziente – Latex-Free, atossici
- Facile manutenzione (lavabili a 75° C con detersivi e detergenti di uso corrente, disinfettabili con alcool isopropilico al 45% o altri prodotti di uso corrente)
- Bassa reazione al fuoco
- Radiotrasparenti e compatibili RMN

NOTA: La qualità dei teli ad alto scorrimento Careglide è garantita dal peso del Nylon utilizzato (120 gr/sqm) e dal trattamento ("coating") utilizzato per renderlo scorrevole. Il peso e il trattamento garantiscono che, anche dopo ripetuti lavaggi, le proprietà di scorrimento rimangano inalterate. Una bassa grammatura (60 g/sqm) viene solitamente utilizzata per teli non lavabili e perciò non riutilizzabili ("Single Patient").

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Materassini tubolari morbidi ad alto scorrimento (Copriletto terapeutici)

I copriletto terapeutici sono realizzati con materiali tessili a basso attrito. Sono provvisti di imbottitura per aumentare il comfort per il paziente.
Sono disponibili in diverse misure e vengono generalmente utilizzati per il riposizionamento sul letto. I materassini vengono utilizzati autonomamente o con l'aiuto dell'operatore. Quando utilizzati autonomamente, un paziente parzialmente autosufficiente può essere in grado di trasferirsi da una superficie ad un'altra o muoversi più facilmente sul letto. All'operatore viene richiesto solamente il posizionamento dell'ausilio sotto il paziente.

I materassini ad alto scorrimento possono essere utilizzati per:
- *mobilizzare il paziente a rischio di decubito*
- *spostare il paziente dal bordo al centro del letto*
- *riposizionare il paziente sul letto*
- *ruotare il paziente sul letto*
- *favorire il riposizionamento indipendente sul letto (materassini più corti)*
- *esercizi su letto*

Vantaggi:
- semplici e versatili
- lo scivolamento può evitare il sollevamento manuale
- possono essere utilizzati con il paziente seduto o con il paziente in posizione supina
- l'operatore può utilizzare fasce o cinture ergonomiche per ridurre la necessità di afferrare le maniglie
- alcuni tipi di materassini possono essere lasciati sotto il paziente
- riducono lo sforzo necessario per mobilizzare il paziente
- se utilizzati correttamente evitano posture scorrette
- confortevoli per il paziente
- Alcuni prodotti possono rimanere sotto il paziente poiché provvisti di un rivestimento in cotone traspirante

Svantaggi:
- pazienti con ulcere da decubito o pelle particolarmente sensibile possono provare dolore
- pazienti particolarmente pesanti possono richiedere uno sforzo eccessivo. In tali casi è opportuno considerare altri tipi di ausili.
- nel caso lo stesso telo venga utilizzato con diversi pazienti è necessario adottare idonee precauzioni per il controllo delle infezioni
- uno scivolamento può risultare un sollevamento se l'operatore non utilizza le tecniche appropriate
- l'utilizzo richiede un'operazione aggiuntiva per posizionare e rimuovere il telo sotto il paziente

Samarit Mobicare
195 x 80 cm

Samarit Mobiturn
140 x 80 cm

Samarit Minicare
60 x 60 cm

Caratteristiche:
- Molto confortevole per il paziente
- Tessuto molto resistente a scivolamento facilitato, impermeabile. Lato in cotone traspirante (Mobicare)
- Antistatico, Anallergico, Latex free
- Lavabile
- Semplice spostamento del paziente allettato senza sforzo
- Alleggerimento del lavoro quotidiano del personale di assistenza

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Cuscini tubolari a scorrimento unidirezionale

Un'operazione molto frequente è il posizionamento del paziente non collaborante che è scivolato in avanti sulla carrozzina. Di norma questa operazione richiede due operatori con il primo che afferra gli arti superiori del paziente utilizzando la presa crociata e solleva il paziente mentre il secondo operatore, accovacciato di fronte al paziente, ne afferra le ginocchia e, mentre il primo operatore effettua il sollevamento, spinge il bacino del paziente verso lo schienale.
La stessa operazione può essere svolta agevolmente utilizzando un cuscino tubolare che presenta la caratteristica di scivolare, con un attrito molto ridotto, solo in un senso. Il cuscino per il riposizionamento, viene posto sotto il paziente il quale potrà quindi essere facilmente riposizionato verso lo schienale senza scivolare subito in avanti (cosa che avverrebbe se venisse utilizzato un normale telo tubolare ad alto scorrimento in entrambi i sensi).
E' sufficiente posizionare il cuscino sulla carrozzina in modo che sporga per ca. 10 cm rispetto al bordo anteriore della seduta. La freccia sulla parte anteriore del cuscino deve indicare lo schienale della carrozzina. Un operatore può facilmente riportare il paziente che è scivolato verso il basso verso lo schienale della carrozzina grazie alla capacità di scorrimento. Il fatto che lo scorrimento nel senso opposto sia impedito evita che il paziente scivoli nuovamente verso il basso. Il lato esterno è naturalmente provvisto di un trattamento antiscivolo.

Vantaggi:

- evita il sollevamento e riduce lo sforzo per riposizionare il paziente
- l'operazione può essere fatta anche da un unico operatore

Svantaggi:

- annulla l'effetto di un eventuale cuscino antidecubito

Samarit One-Way Slide
45 x 42 cm

Caratteristiche:

- Scorrimento unidirezionale
- Confortevole per il paziente
- Lato esterno con trattamento antiscivolo
- Lavabile in lavatrice a 70° C (non centrifugabile)

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Cinture ergonomiche

Le cinture ergonomiche sono cinture imbottite provviste di maniglie lungo la circonferenza. Possono essere indossate sia dal paziente che dall'operatore in svariate situazioni: nella deambulazione assistita, nel trasferimento, nel trasferimento per scivolamento.
Sono disponibili in forme e misure diverse, dispongono di una chiusura con fibbia, clips o velcro, hanno due o più maniglie per consentire la presa da parte dell'operatore.
Le chiusure con velcro sono più semplici e veloci rispetto alla chiusura con fibbia o clips, tuttavia il velcro può fissarsi ai vestiti e si può deteriorare con facilità se non viene lavato con le opportune precauzioni. Una sicurezza maggiore viene fornita da una doppia chiusura con velcro e clips. Le maniglie laterali possono essere posizionate verticalmente, orizzontalmente o diagonalmente o in combinazione.
Le cinture provviste di imbottitura risultano più confortevoli per il paziente ma potrebbero ridurre la capacità di controllo da parte dell'operatore se non sono indossate nel modo appropriato.
Alcune volte l'operatore indossa personalmente una cintura per renderla così immediatamente disponibile. Tuttavia l'utilizzo della cintura per permettere al paziente di afferrarla e aiutarsi è una pratica poco diffusa. In alcuni casi si sono verificati incidenti causati da un paziente combattivo cui è stato consentito di afferrare le maniglie della cintura indossata dall'operatore o che si è trovato nelle condizioni di poterle afferrare.

Le cinture ergonomiche possono essere utilizzate per:
- *la deambulazione assistita*
- *il trasferimento del paziente collaborante*
- *il trasferimento del paziente seduto con assi di trasferimento*

Le cinture ergonomiche non riducono il peso del paziente in alcun modo e non devono essere utilizzate per sollevare! Le cinture infatti consentono l'utilizzo di una tecnica migliore con pazienti parzialmente collaboranti che richiedono un'assistenza ridotta.

Vantaggi:
- forniscono una presa sicura
- evitano all'operatore di dover afferrare il paziente per le braccia o i vestiti
- l'operatore può eventualmente "guidare" la caduta a terra del paziente (N.B. non utilizzare la cintura per evitare o trattenere la caduta del paziente)
- consentono di tenere il paziente più vicino a sé e "sotto controllo"
- permettono di adottare posture meno rischiose

Svantaggi:
- cinture troppo ampie/larghe non consentono al paziente di piegarsi in avanti
- cinture troppo strette o non imbottite possono causare lesioni ai fianchi del paziente
- utilizzare una cintura per sollevare il peso del paziente è da evitare rigorosamente
- l'operatore non deve infilare il proprio braccio nelle maniglie. Potrebbe non avere la possibilità di sfilarlo in caso di improvvisa caduta del paziente
- l'operatore potrebbe correre dei rischi qualora consenta al paziente di tenersi sul collo dell'operatore stesso. Potrebbe non avere il tempo di liberare le braccia in caso di reazione del paziente o di caduta improvvisa.

Samarit Glide-Belt S/M
81-107 cm (*)

Samarit Glide-Belt L/XL
103-145 cm (*)

(*): circonferenza fianchi

Caratteristiche:
- provvista di maniglie laterali e posteriori poste sia in senso orizzontale che verticale
- chiusura regolabile con velcro e fibbie di sicurezza
- imbottitura per un ottimale comfort del paziente
- interno antiscivolo
- materiale resistente alla trazione e allo strappo, atossico, Latex-Free
- elevata resistenza
- lavabile e disinfettabile

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Fasce e teli ergonomici con maniglie

Le operazioni di mobilizzazione possono risultare molto gravose per l'operatore di assistenza anche in considerazione della frequenza con la quale devono essere eseguite. L'operatore deve inoltre fare molta attenzione a non provocare lesioni al paziente afferrandolo per le braccia o sotto le ascelle.
Esistono diversi ausili "ergonomici" con forme e misure diverse, provvisti di maniglie che permettono di eseguire alcune operazioni di mobilizzazione del paziente in modo semplice e sicuro evitando di dover afferrare direttamente il paziente o di utilizzare manovre manuali complesse.
Oltre alle maniglie questi ausili dispongono generalmente di un lato esterno costruito con materiali tessile a basso attrito per favorire, se necessario, lo scivolamento sulla superficie del letto e di un lato interno antiscivolo per garantire la sicurezza del paziente durante la movimentazione.

Le fasce ergonomiche ad esempio, sono pratici ausili con molteplici funzioni. Hanno generalmente misure comprese tra i 50 e i 60 cm di lunghezza per 20 cm di larghezza e presentano una coppia di maniglie su ciascun lato che consentono di variare il tipo di presa in funzione delle esigenze.

Le principali applicazioni della fascia ergonomica sono:
- *assunzione di posizione eretta o di posizione seduta*
- *mobilizzazione del paziente sul letto*
- *sollevamento (in talune situazioni) da terra*
- *rotazione del paziente sul letto*
- *trasferimento di un paziente collaborante dal letto alla carrozzina*

In taluni casi (ad esempio nell'assunzione della posizione eretta o nel trasferimento assistito del paziente collaborante) rappresentano un'alternativa alla cintura ergonomica.

Vantaggi:
- evitano all'operatore di dover utilizzare manovre manuali complesse e/o di afferrare il paziente per le braccia o i vestiti
- consentono di tenere il paziente più "sotto controllo" e più sicuro.
- permettono di adottare posture meno sovraccaricanti
- alcuni teli con maniglie, utilizzati con tecniche appropriate, consentono un eventuale sollevamento del paziente da terra quando l'utilizzo del sollevapazienti non è possibile per via di spazi di manovra ridotti.

Svantaggi:
- richiedono un'operazione in più (il posizionamento del telo sotto il paziente)

Samarit Pat-Sling
50 x 20 cm

Samarit Pull-Up
100 x 40 cm

Samarit Pull-Up 6
150 x 40 cm

Samarit Slide-Up
50 x 100 cm

Samarit Slide-Up Wide
100/50 x 100 cm

Caratteristiche:
- Maniglie laterali ergonomiche ad alta resistenza (fino a 150 kg) grazie alla cucitura trasversale lungo l'intera superficie
- Lato esterno impermeabile in materiale ad attrito ridotto per una più facile mobilizzazione del paziente
- Lato interno in schiuma antiscivolo per una maggiore sicurezza del paziente
- Resistenti alla trazione allo strappo
- Facili da lavare e disinfettare

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Dischi girevoli

Consistono di due dischi che ruotano l'uno sull'altro. Tra i due dischi è posto un materiale a basso attrito mentre la superficie esterna è costruita con materiale antiscivolo. Hanno diametri diversi e possono essere di tipo rigido o morbido.
Spesso questi ausili vengono utilizzati in combinazione con cinture ergonomiche o assi di trasferimento.
I dischi morbidi si adattano alla superficie su cui vengono posti e vengono generalmente utilizzati per la rotazione del paziente in posizione seduta, ad esempio, nel trasferimento su un'autovettura. La superficie interna è costituita tipicamente da una plastica a basso attrito o altro materiale sintetico. La parte superiore è generalmente trapuntata e imbottita per un maggiore comfort.
Le piastre rigide sono più durevoli e vengono utilizzate per la rotazione in posizione eretta del paziente parzialmente collaborante (con capacità di carico sugli arti inferiori).
Possono essere costruiti in legno ma spesso sono in plastica e possono contenere dei cuscinetti.
Pazienti collaboranti con la capacità di sostenersi e bilanciarsi sulle gambe possono essere "guidati" nella posizione eretta e ruotati senza che debbano spostare i propri piedi. Naturalmente il paziente deve avere sufficienti capacità per evitare che l'operatore sia costretto a sforzi eccessivi o posture scorrette.

Il disco girevole risulta utile nelle seguenti operazioni con pazienti collaboranti:
- *trasferimento letto/carrozzina*
- *trasferimento carrozzina/wc*
- *trasferimento poltrona/carrozzina*
- *rotazione sul sedile per facilitare l'uscita dall'auto*

Vantaggi:
- i piedi del paziente non devono essere ruotati o "aggiustati" durante il trasferimento
- alcuni dischi sono provvisti di maniglie che ne facilitano il posizionamento o il maneggiamento
- riducono lo sforzo necessario per ruotare il paziente

Svantaggi:
- maggiore è il diametro e maggiore è il rischio che il disco interferisca con i piedi dell'operatore
- alcuni dischi rigidi hanno dei cuscinetti che permettono la rotazione. Questi dischi vanno utilizzati con estrema attenzione potendo risultare difficoltoso il controllo, specialmente con pazienti molto leggeri
- non utilizzare dischi girevoli per il trasferimento di pazienti con comportamenti imprevedibili o con pazienti non collaboranti
- maggiore è lo spessore (il profilo) di un disco rigido e maggiore è il rischio per il paziente o per l'operatore di inciampare su di esso
- la base di appoggio del paziente posizionato sul disco è limitata
- alcuni pazienti potrebbero venire disorientati dalla rotazione
- pazienti particolarmente pesanti potrebbero richiedere uno sforzo eccessivo nella rotazione

Samarit Disco Girevole
Ø 38 cm

Samarit Cuscino Girevole
Ø 38 cm

Caratteristiche (Samarit Disco Girevole):
- Spessore molto ridotto (8 mm) che riduce il rischio che operatore o paziente possano inciampare
- Peso limitato (0,7 kg)
- Movimento rotante bilanciato per una maggiore sicurezza nel trasferimento
- Maniglie laterali di presa
- Grande robustezza, lunga durata
- Facile manutenzione, resistente agli acidi
- Antiscivolo sulla parte superiore e materiale antiscivolo sul fondo

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Cuscini gonfiabili

Sono stati recentemente immessi in commercio cuscini gonfiabili che permettono di sollevare e portare in posizione seduta un paziente caduto a terra. Si tratta di cuscini a più sezioni che vengono progressivamente gonfiate grazie ad un'unità di gonfiaggio provvista con il cuscino.
L'utilizzo di un cuscino gonfiabile per sollevare il paziente ad un'altezza sufficiente da permettere il trasferimento ad altra superficie (eventualmente utilizzando un'asse di trasferimento) o l'assunzione della posizione eretta risulta perciò ideale nell'utilizzo in spazi angusti dove non è possibile intervenire con un tradizionale sollevapazienti a corsetto. Rispetto ad un sollevapazienti risulta inoltre più pratico e meno ingombrante.

Il funzionamento è a batteria. Il gonfiaggio viene attivato attraverso un comando manuale. La capacità di sollevamento, grazie all'aria, è molto elevata.

Vantaggi:
- Utile in situazioni di emergenza
- Protegge dai rischi di un sollevamento manuale ed evita il ricorso ad un sollevapazienti
- Solleva ad un'altezza sufficiente da permettere il successivo trasferimento ad altra superficie o l'assunzione della posizione eretta
- Grande capacità di sollevamento
- Facilità d'uso (anche un solo operatore)
- Leggero e compatto, poco ingombrante e facilmente trasportabile
- Utilizzabile sia in ambienti chiusi che aperti

Svantaggi:
- Il prodotto deve essere utilizzato solamente da una persona addestrata all'uso
- Il prodotto è utilizzabile esclusivamente con pazienti parzialmente collaboranti
- Per mantenere la stabilità potrebbe essere necessario il supporto di altri operatori

Samarit Elk
57 x 50 x 56,5 cm (h)

Caratteristiche:
- Solleva sino a 450 kg
- Funzionamento a batteria, provvisto di pratico comando manuale
- Leggero (cuscino: 3,6 kg, unità di gonfiaggio: 6 kg), compatto, poco ingombrante
- Facile da pulire (con normale detergente) e disinfettare (con ipoclorito di sodio o alcool)
- Costruzione solida e durevole
- Facile da trasportare (optional: caricabatterie da auto)

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

PARTE II
LE OPERAZIONI

- **Trasferimento laterale del paziente supino**
- **Trasferimento laterale del paziente bariatrico**
- **Trasferimento laterale del paziente supino in presenza di dislivelli**
- **Trasferimento laterale del paziente supino tra superfici accostate senza fessure e/o dislivelli**
- **Traslazione del paziente supino**
- **Riposizionamento del paziente supino verso la testiera del letto**
- **Raddrizzamento da sdraiato a seduto (al bordo del letto)**
- **Abbassamento da seduto a sdraiato (o semisdraiato) sul letto**
- **Riposizionamento in carrozzina/poltrona**
- **Raddrizzamento da seduto in piedi**
- **Abbassamento da in piedi a seduto**
- **Trasferimento verticalizzato carrozzina/letto (e viceversa)**
- **Trasferimento verticalizzato carrozzina/wc (e viceversa)**
- **Trasferimento laterale letto/carrozzina/wc/auto**
- **Sollevamento di un paziente dal suolo**

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: Trasferimento laterale del paziente supino

Spostamento del paziente tra due superfici complanari, accostate lateralmente

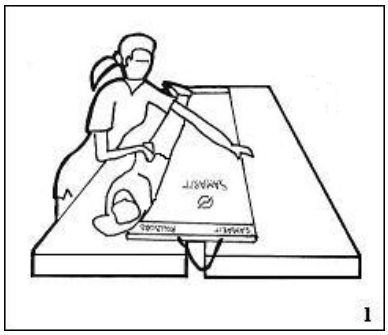
- trasferimento letto/letto
- trasferimento letto/barella o barella doccia
- trasferimento barella/tavolo radiologico – tavolo operatorio

Ausilio: materassino con telo rotante Rollbord mis. 180 x 50 cm

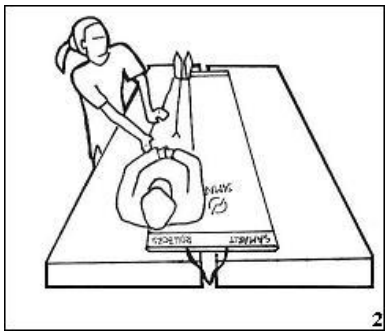
Operatori: 1 (metodo Push - spinta)

Tecnica (metodo Push: 1 operatore):

1. accostare lateralmente le due superfici e bloccare i freni
2. portare possibilmente le due superfici alla stessa altezza o ridurre il più possibile l'eventuale dislivello
3. posizionare il materassino Rollbord sulla superficie accostata
4. accavallare la gamba più lontana, effettuare un avvolgimento ponendo un palmo sulla scapola e l'altro sulla parte alta della natica, raddrizzarsi e fermare contro di sé il rotolamento trattenendo una mano sull'anca quindi avvicinare il materassino Rollbord alla schiena del paziente (fig. 1)


1

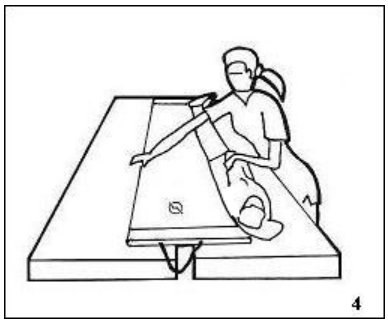
5. riportare il paziente sul dorso. Il corpo del paziente rimane parzialmente (per 1/3 della sua larghezza) sopra il materassino (fig. 2)


2

6. spingere con le mani all'altezza della spalla e dell'anca il paziente sull'altra superficie. La spondina laterale sul lato esterno deve essere sollevata (fig. 3)

METODO PUSH
3

7. portarsi sull'altro lato, ruotare il paziente sul fianco e sfilare il materassino da sotto il paziente partendo dai piedi (fig. 4)


4

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

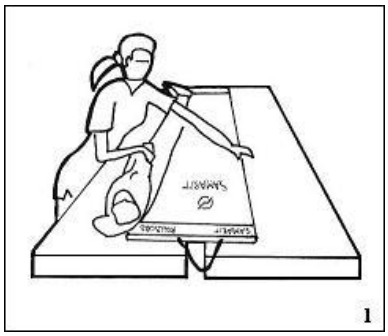
Operazione: Trasferimento laterale del paziente supino - opzione

Nel trasferimento laterale di un paziente particolarmente pesante e/o in presenza di fessure (max. 20 cm) e dislivelli (max. 10 – 12 cm) può essere opportuno utilizzare la tecnica Pull che prevede due operatori posti l'uno di fronte all'altro. Il trasferimento avviene non più mediante spinta (come nel caso precedente – Pull) ma attraverso una trazione effettuata sul lenzuolo o la traversa che rimane sotto il paziente.

Tecnica: 2 (metodo Pull - trazione)

Operatore A:

1. accavallare la gamba più lontana, afferrare il lenzuolo o la traversa posta sotto il paziente e ruotare il paziente sul fianco, raddrizzarsi e fermare contro di sé il rotolamento trattenendo il lenzuolo o la traversa (fig. 1)

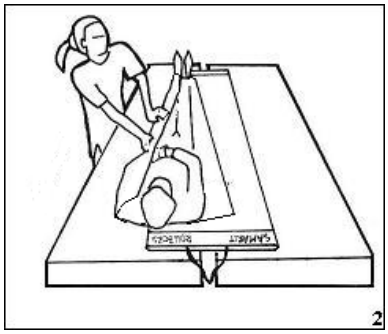

1

Operatore B:

2. posizionare Rollbord sotto il paziente (e sotto il lenzuolo/traversa)

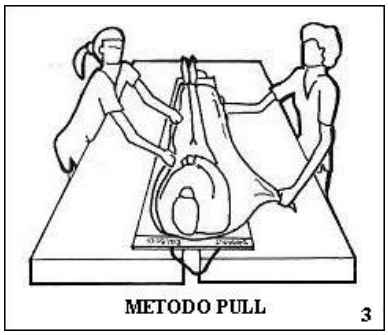
Operatore A:

3. riportare il paziente sul dorso. Il corpo del paziente rimane parzialmente (per 1/3 della sua larghezza) sopra il materassino (fig. 2)

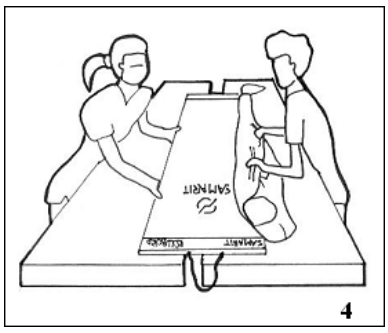

2

Operatore B:

4. afferrare il lenzuolo/traversa e tirare il paziente verso di sé fino a portarlo sull'altra superficie (fig. 3)


METODO PULL 3

5. afferrare il lenzuolo o la traversa posta sotto il paziente e ruotare il paziente sul fianco, raddrizzarsi e fermare contro di sé il rotolamento trattenendo il lenzuolo o la traversa (fig. 4)


4

Operatore A:

6. sfilare il materassino da sotto il paziente

Operatore B:

7. riportare il paziente sul dorso

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

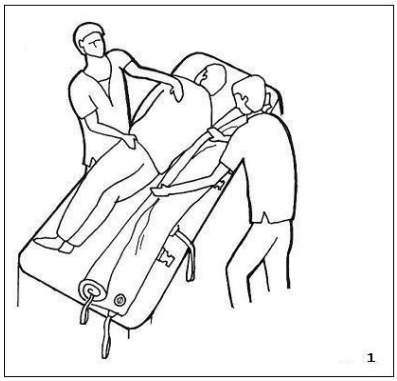
Operazione: Trasferimento laterale del paziente bariatrico

Spostamento di un paziente molto pesante tra due superfici complanari, accostate lateralmente

- trasferimento letto/letto
- trasferimento letto/barella o barella doccia
- trasferimento barella/tavolo radiologico – tavolo operatorio

Ausilio: materasso ad aria AirSlide

Operatori: 2 posti uno di fronte all'altro ai bordi del letto

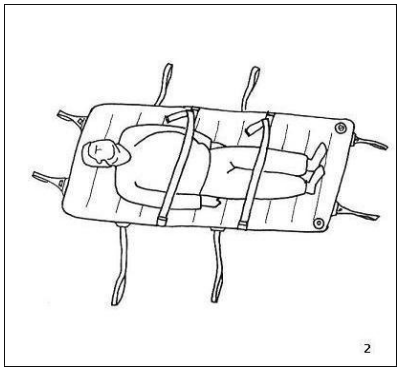


Tecnica:
Operatore A:

1. accavallare la gamba più lontana, effettuare un avvolgimento ponendo un palmo sulla scapola e l'altro sulla parte alta della natica, raddrizzarsi e fermare contro di sé il rotolamento trattenendo una mano sull'anca (fig. 1)

Operatore B:

2. posizionare il materasso ad aria (sgonfio) in modo che le estremità testa/piedi corrispondano a testa e piedi del paziente, arrotolare il materassino longitudinalmente verso il centro verificando che la superficie ad alto scorrimento sia posta al contatto con il letto (fig. 1)

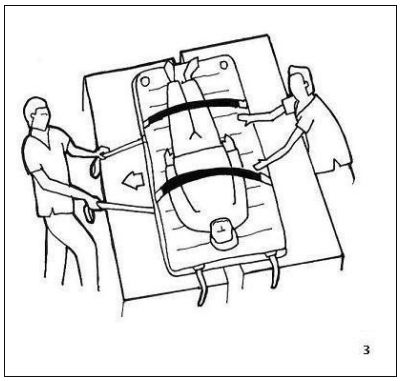


Operatore A:

3. ridistendere il malato sul dorso sopra il materassino, srotolare il materassino verso di sé, allacciare le cinghie di sicurezza. Le cinghie vanno tenute allentate sopra il paziente poiché si stringeranno una volta gonfiato il materassino (fig. 2)
4. gonfiare il materasso utilizzando la pompa di gonfiaggio in dotazione

Operatore B:

5. afferrare le maniglie apposite ed effettuare il trasferimento tirando verso di sé (fig. 3)



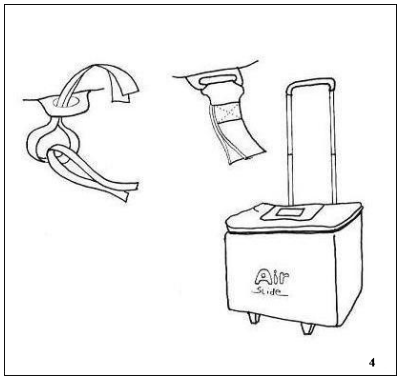
Operatore A:

6. spingere con le mani all'altezza della spalla e dell'anca il paziente verso l'operatore A (fig. 3)

Una volta completato il trasferimento sgonfiare il materasso ruotando la valvola e/o premendo e ruotando la valvola.

Per sfilare il materasso da sotto il corpo ruotare il paziente sul fianco. Arrotolare il materasso longitudinalmente verso il centro sino a farlo appoggiare sulla schiena del paziente. Ruotare sull'altro fianco il paziente e togliere il materasso.

Nota: nel caso di pazienti molto pesanti potrebbe essere opportuno utilizzare anche un telo ad alto scorrimento Careglide sotto il materasso per ridurre ulteriormente lo sforzo.



© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

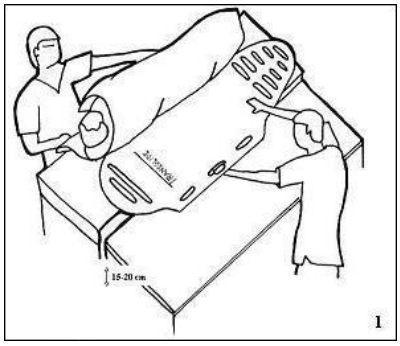
Operazione: Trasferimento laterale del paziente supino in presenza di dislivelli

Spostamento del paziente tra due superfici non complanari (dislivello massimo 15- 20 cm), accostate lateralmente

- trasferimento letto/letto
- trasferimento letto/barella o barella doccia
- trasferimento barella/tavolo radiologico – tavolo operatorio

Ausilio: asse rigida Transglide

Operatori: 2 posti uno di fronte all'altro ai bordi del letto



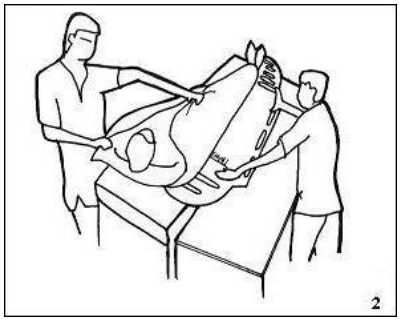
Tecnica:

Operatore A:

1. afferrare il lenzuolo o la traversa posta sotto il paziente e ruotare leggermente il paziente verso di sé, trattenerlo con il lenzuolo (fig. 1)

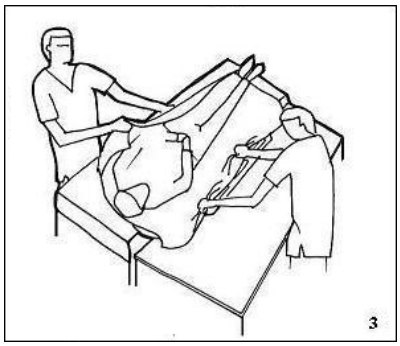
Operatore B:

2. posizionare Transglide sotto il paziente (e sotto il lenzuolo/traversa) tra le due superfici (fig. 2)



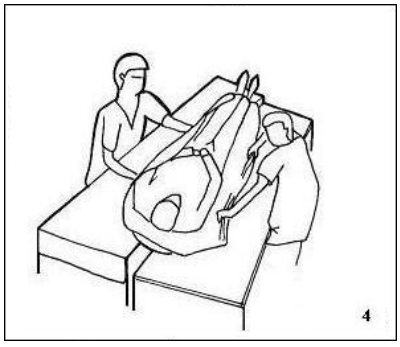
Operatore A:

3. riportare il paziente sul dorso (fig. 3)



Operatore B:

4. afferrare il lenzuolo/traversa e tirare il paziente verso di sé fino a portarlo sull'altra superficie. Agire in modo coordinato con l'operatore A (fig. 4)



Operatore A:

5. trattenere saldamente il lenzuolo e coadiuvare l'operazione di trasferimento. Prestare molta attenzione poiché il paziente, durante il trasferimento su una superficie posta ad altezza diversa, potrebbe rotolare o scivolare troppo bruscamente (fig. A)

Operatore B:

6. afferrare il lenzuolo o la traversa sotto il paziente e ruotare leggermente il paziente verso di sé in modo che l'operatore A possa sfilare l'ausilio da sotto il paziente

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: Trasferimento laterale del paziente supino tra superfici accostate senza fessure e/o dislivelli

Spostamento del paziente tra due superfici complanari, ben accostate lateralmente senza che vi siano fessure o dislivelli

- trasferimento letto/letto
- trasferimento letto/barella o barella doccia
- trasferimento barella/tavolo radiologico – tavolo operatorio

Ausilio: telo ad alto scorrimento Careglide mod. 6 mis. 180 x 70 cm

Operatori: 2 posti uno di fronte all'altro

Tecnica:

Operatore A:

1. rotolare il paziente in posizione sdraiata laterale e trattenerlo contro di sé utilizzando il lenzuolo (fig. 1)

Operatore B:

2. disporre il telo ad alto scorrimento precedentemente arrotolato o piegato nel senso della lunghezza sotto il paziente e sotto il lenzuolo (fig. 1). Rotolare il paziente in posizione laterale verso di sé in modo che l'operatore A possa liberare il bordo opposto del telo ad alto scorrimento
3. riportare il paziente in posizione supina (fig. 2)

4. afferrare, il lenzuolo e trascinare il paziente verso di sé (fig. 3 e 4) fino a portarlo sull'altra superficie

Operatore A:

5. infilare una mano sotto il paziente e sotto il lenzuolo, afferrare il telo e sfilarlo da sotto il paziente

Nota: un trasferimento laterale tra superfici ben accostate senza che vi siano fessure e dislivelli può essere eseguito anche con l'ausilio di materassini morbidi ad alto scorrimento Rollover 180 x 70 cm. Il materassino morbido si utilizza con la stessa tecnica descritta per il telo ad alto scorrimento. L'imbottitura interna di Rollover migliora il comfort del paziente specialmente nel caso di un trasferimento su una superficie rigida e quindi scomoda per il paziente. Rollover viene spesso utilizzato nel trasferimento sul tavolo radiologico potendo rimanere sotto il paziente durante l'esame. La sua successiva rimozione richiede una rotazione del paziente sul fianco.

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: Traslazione del paziente supino

Spostamento del paziente sul letto per:

riposizionarlo verso il centro del letto
avvicinarlo al bordo per preparare un altro spostamento o praticare una cura

Ausilio: telo ad alto scorrimento Careglide mod. 6 mis. 180 x 70 cm

Operatori: 2 posti uno di fronte all'altro ai bordi del letto

Tecnica:

Operatore A:

1. accavallare la gamba più lontana, effettuare un avvolgimento ponendo un palmo sulla scapola e l'altro sulla parte alta della natica raddrizzarsi e fermare contro di sé il rotolamento trattenendo una mano sull'anca (fig. 1)

Operatore B:

2. disporre il telo ad alto scorrimento precedentemente arrotolato sotto il fianco del paziente (fig. 2)

Operatore A:

3. ridistendere il malato sul dorso sopra il telo ad alto scorrimento, srotolare il telo ad alto scorrimento verso di sé 8fig. 3)
4. posizionare il guanciale sotto la testa del paziente e sopra il telo

Operatore A:

5. spingere con le mani (palmo rivolto verso l'alto) all'altezza della spalla e dell'anca il paziente verso l'operatore B (fig. 4)

Operatore B:

6. accompagnare la traslazione verso di sé

Operatore A:

7. infilare una mano sotto il paziente e sotto il telo
8. afferrare il telo e sfilarlo da sotto il paziente

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: Riposizionamento del paziente supino verso la testiera del letto

L'operazione è una delle più frequenti e maggiormente esponente a rischi muscolo-scheletrici. Se eseguita malamente può essere traumatizzante anche per il paziente. L'inerzia del corpo, l'infossamento del materasso e la resistenza da frizione possono portare l'operatore a sollevare il paziente per effettuare lo spostamento.

Ausilio: telo ad alto scorrimento Careglide mod. 4 110 x 80 cm o Careglide mod. 6 mis. 180 x 70 cm

Operatori: 2 posti uno di fronte all'altro ai bordi del letto

Tecnica:
Operatore A:

1. accavallare la gamba più lontana, effettuare un avvolgimento ponendo un palmo sulla scapola e l'altro sulla parte alta della nativa, raddrizzarsi e fermare contro di sé il rotolamento trattenendo una mano sull'anca (fig. 1)

Operatore B:

2. disporre il telo ad alto scorrimento precedentemente arrotolato sotto il fianco del paziente (fig. 1)

Operatore A:

3. ridistendere il malato sul dorso sopra il telo ad alto scorrimento
4. srotolare il telo ad alto scorrimento verso di sé
5. posizionare il guanciale sotto la testa del paziente e sopra il telo (fig. 2)

Operatore A + Operatore B:

6. porre una mano a cucchiaio sotto la piega glutea, porre una mano (palmo piatto) sopra l'incavo della spalla (fig. 3)

Operatore A + Operatore B:

7. spostare insieme il paziente verso la testa del letto premendo sulla spalla e tirando con la mano a cucchiaio sotto il gluteo (fig. 4)

Operatore A:

8. infilare una mano sotto il paziente, afferrare il telo e sfilarlo da sotto il paziente

Nota: operazioni di traslazione o riposizionamento del paziente allettato possono essere ausiliate anche con materassini tubolari morbidi come Mobicare che, diversamente dai telini ad alto scorrimento, possono rimanere per un certo periodo sotto il paziente grazie all'utilizzo di materiali traspiranti (cotone).

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: Riposizionamento del paziente supino verso la testiera del letto – opzione

Ausilio: telo ad alto scorrimento Careglide mod. 4 110 x 80 cm (o Careglide mod. 6 mis. 180 x 70 cm)

Operatori: 2 posti uno di fronte all'altro ai bordi del letto

Tecnica:
Operatore A:
1. rotolare il paziente in posizione sdraiata laterale e trattenerlo utilizzando il lenzuolo (fig. 1)

Operatore B:
2. disporre il telo ad alto scorrimento precedentemente arrotolato sotto il paziente e sotto il lenzuolo (fig. 2), rotolare il paziente in posizione laterale verso di sé in modo che l'operatore A possa liberare il bordo opposto del telo ad alto scorrimento

3. riportare il paziente in posizione supina (fig. 3)

Operatore A + Operatore B:
4. afferrare, ognuno dalla propria parte, il lenzuolo il più vicino possibile al corpo del paziente a livello della natica e della rotondità del dorso per ottenere una tensione trasversale, in coordinazione tirare il paziente verso la testiera del letto (fig. 4)

Operatore A:
9. infilare una mano sotto il paziente, afferrare il telo e sfilarlo da sotto il paziente

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: Raddrizzamento da sdraiato a seduto (al bordo del letto)

Operazione eseguita per portare un paziente dalla posizione distesa alla posizione seduta sul bordo del letto.

Ausilio: telo ergonomico sagomato con maniglie Slide-Up Wide
(solo con pazienti di esile costituzione)

Operatori: 1

Tecnica:

1. Abbassare il letto
2. Accavallare la gamba più lontana ed effettuare un avvolgimento ponendo un palmo sulla scapola e l'altro sulla parte alta della natica, raddrizzarsi e fermare contro di sé il rotolamento trattenendo una mano sull'anca
3. Posizionare il telo ergonomico con le maniglie precedentemente piegato nel senso della lunghezza vicino al corpo del paziente.
4. Riportare il paziente in posizione supina
5. Rotolare il paziente sull'altro lato in modo da liberare il telo e le maniglie
6. Afferrare entrambe le maniglie della parte inferiore e superiore del telo. Il telo avvolge le spalle e la nuca del paziente (fig. 1)
7. Chiedere al paziente di sollevare la testa e guardarsi la pancia
8. Iniziare una rotazione sul piano orizzontale esercitando una trazione verso di sé attraverso le maniglie poste sulla parte inferiore (fig. 2), poi …..
9. ….. con una trazione sulle maniglie poste sulla parte superiore del telo, ruotare il paziente fino ad arrivare in posizione perpendicolare contro il letto. L'operazione consiste di fatto in due momenti successivi: "rotazione" e "basculamento" (fig. 3)
10. L'operatore si pone di fronte al paziente trattenendolo saldamente attraverso le maniglie sulla parte superiore (fig. 4)

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: Abbassamento da seduto a sdraiato (o semisdraiato) sul letto

Operazione eseguita per far sdraiare sul letto il paziente tramite l'utilizzo del telo sagomato imbottito Slide-Up Wide. Il paziente è seduto sul bordo del letto con le gambe a penzoloni

Ausilio: Slide-Up Wide

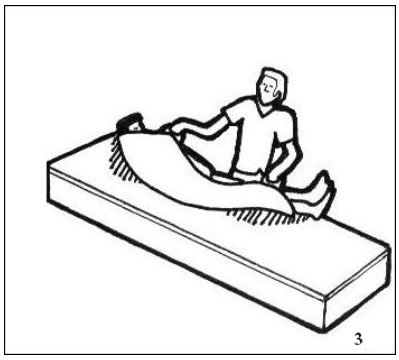
Operatori: 1

Tecnica:

1. Abbassare il letto a livello "iliaco" per permettere il contatto dei piedi del paziente con il suolo
2. Porsi di fronte al paziente e far scivolare la parte inferiore del telo sotto le natiche, afferrare le maniglie superiori e inferiori del telo (fig. 1)

3. Accompagnare il corpo del paziente con il braccio che regge le maniglie superiori e, contemporaneamente condurre le maniglie inferiori a raso del tavolo effettuando una rotazione. L'operazione consiste perciò in due momenti successivi invertiti rispetto all'operazione opposta (descritta nella pagina precedente): "basculamento" per respingere il busto del paziente all'indietro e "rotazione" per produrre il rientro degli arti inferiori a raso del letto e, conseguentemente, l'orientamento del busto del paziente verso la posizione da raggiungere (fig. 2, 3 e 4)

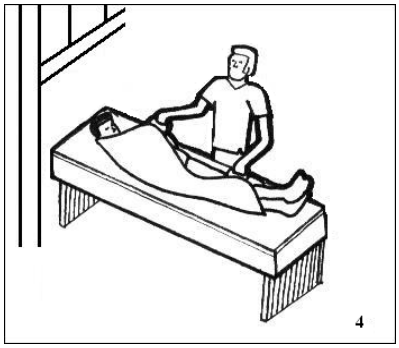
4. Una volta completata la procedura sfilare il telo sagomato da sotto il paziente.


3

L'abbassamento da seduto a sdraiato può essere ausiliata anche con un telo ad alto scorrimento come **Careglide 1**.

Tecnica con Careglide mod. 1

1. Posizionare il telino ad alto scorrimento Careglide sotto le natiche del paziente seduto sul bordo del letto
2. Posizionarsi di lato al paziente verso la testiera del letto
3. Effettuare una presa a sostegno dorsale alto e una presa a cucchiaio a livello dei polpacci
4. Far ribaltare la testa del paziente e inclinarsi con lui verso lo schienale alzando lateralmente i polpacci e abbassando la presa a sostegno dorsale. Grazie al telino ad alto scorrimento Careglide la rotazione del paziente fino a condurre i piedi a raso del letto viene estremamente facilitata riducendo lo sforzo complessivo per eseguire l'intera operazione
5. Accompagnare l'allungamento del paziente e adagiarlo al letto.
6. Sfilate il telino Careglide da sotto il paziente.


4

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: Riposizionamento in carrozzina/poltrona

Operazione di riposizionamento del paziente seduto in carrozzina o poltrona che, più o meno progressivamente, si è afflosciato scivolando in avanti.

Ausilio: Cuscino tubolare One-Way Slide Cushion

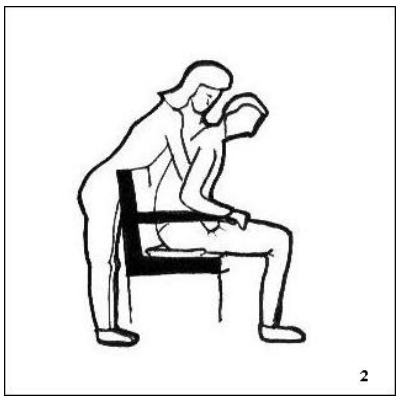
Operatori: 1

Tecnica:

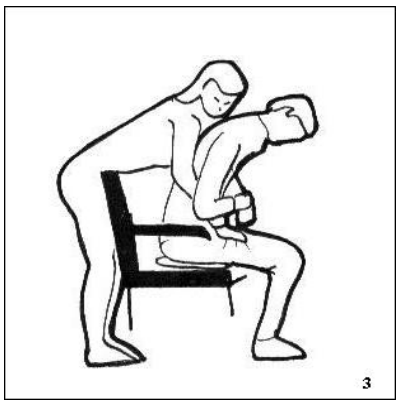
1. Posizionare il cuscino tubolare sotto le natiche del paziente in modo che la freccia sul lato superiore sia rivolta verso il bordo esterno della seduta
2. Arretrare i piedi del paziente sotto le ginocchia.
3. Porsi dietro la carrozzina/poltrona con le ginocchia a contatto dello schienale, neutralizzare le braccia (fig. 1)
4. Far passare le braccia sotto le ascelle del paziente fino al contatto con le pieghe inguinali.

1

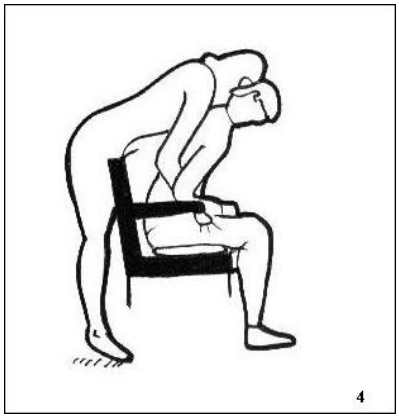
5. Far flettere la testa al paziente e spingerlo fino al distaccamento dallo schienale (fig. 2)


2

6. Con un'azione d'avvolgimento far slittare natiche e cosce del malato e simultaneamente tirare verso di se le braccia con presa sul paziente (fig. 3)


3

7. Raddrizzare il malato contro lo schienale rialzandosi (fig. 4)


4

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: Raddrizzamenti da seduto in piedi

Operazione di raddrizzamento del paziente con scarsa mobilità/forza nelle gambe che necessita di essere eretto in piedi. L'operazione che avviene con il supporto di un'apposita cintura provvista di maniglie da agganciare alla vita del paziente per avere maggiore presa.

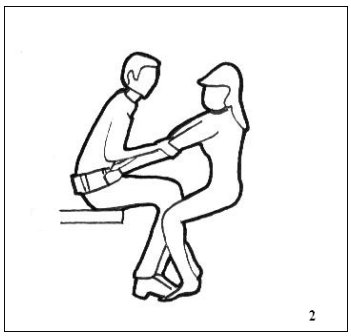
Ausilio: cintura ergonomica con maniglie Glide Belt

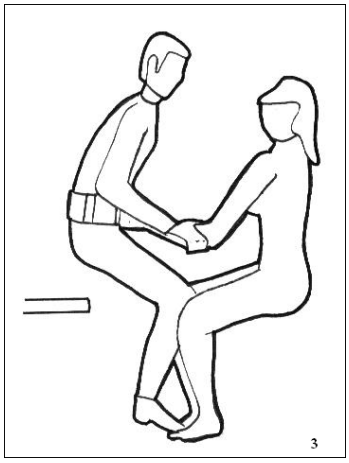
Operatori: 1 (di fronte al paziente)

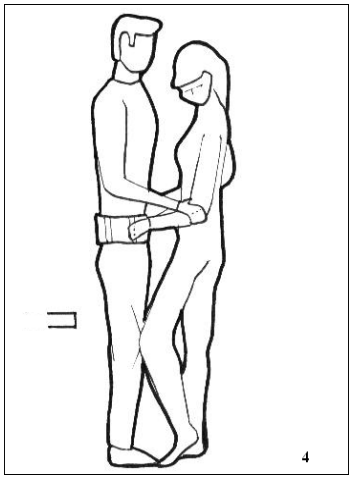
Tecnica:
La cintura deve essere posizionata intorno alla vita del paziente. Regolare la chiusura a velcro e agganciare la fibbia. Regolare la cintura, stringendo o allargando se necessario. La cintura può essere indossata anche dall'operatore e in questo caso servirà al paziente come sostegno durante il trasferimento

1. Allineare le ginocchia del paziente e inquadrare il piede/ginocchio attivo
2. Afferrare la maniglia di presa della cintura ergonomica sul lato inattivo, porgere una presa a corrimano dal lato attivo ed afferrare il gomito corrispondente . Arretrare il piede esterno ribassandosi per far inclinare il paziente verso di sé (fig. 1)
3. Afferrare la maniglia della cintura sull'altro lato e chiedere al paziente di piegarsi in avanti (fig. 2)
4. Raddrizzare il paziente tirando orizzontalmente sulla cintura (fig. 3)
5. Alzarsi insieme al paziente (se necessario bloccare il ginocchio attivo con una pressione del ginocchio corrispondente) (fig. 4)

1


2

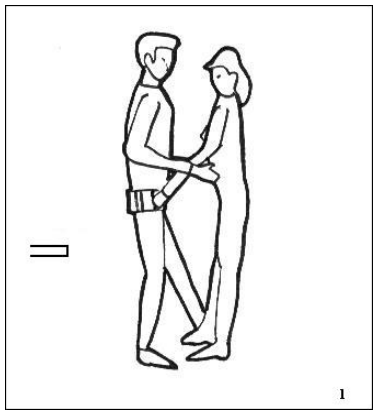

3


4

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: Abbassamento da in piedi a seduto

Operazione di abbassamento del paziente con scarsa mobilità/forza nelle gambe da posizione eretta a seduta; operazione che avviene con il supporto di un'apposita cintura da agganciare ai fianchi del paziente per avere maggiore presa. Il paziente è in piedi con la seduta alle sue spalle in immediata vicinanza.

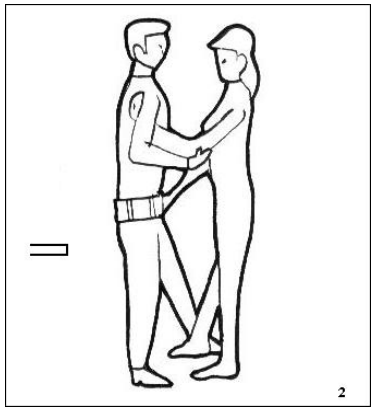


Ausilio: cintura ergonomica con maniglie Glide Belt

Operatori: 1 (di fronte al paziente)

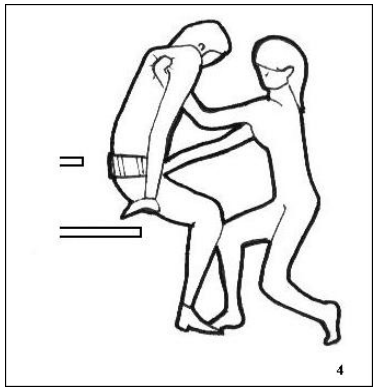
Tecnica:

1. Paziente ed operatore in posizione come da fig. 1. Inquadrare il piede attivo. Il piede da proteggere viene spazzato leggermente in avanti.



2. Infilare sotto l'ascella una mano con presa a cucchiaio sulla scapola lasciando il gomito attivo (fig. 2)

3. Iniziare la fase di abbassamento del paziente con una piccola spinta sulla cintura e una trazione verso di sé sulla scapola (fig. 3)



4. In prossimità dell'abbassamento totale, arretrare il piede esterno in contrappeso (fig. 4)
5. Appoggiare il paziente sullo schienale del sedile ritornando in piedi verso di lui.

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: abbassamento del paziente da in piedi a seduto - opzione

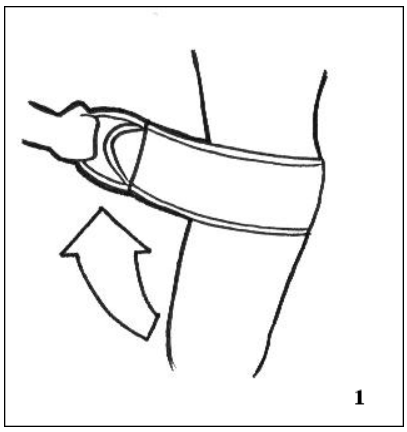
Operazione di abbassamento del paziente per farlo sedere su di una sedia o il letto. Questa procedura avviene tramite l'ausilio di una fascia ergonomica Pat-Sling.

Ausili: Fascia ergonomica Pat-Sling

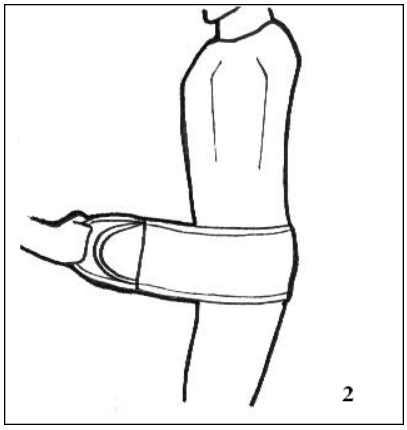
Operatori: 1

Tecnica:

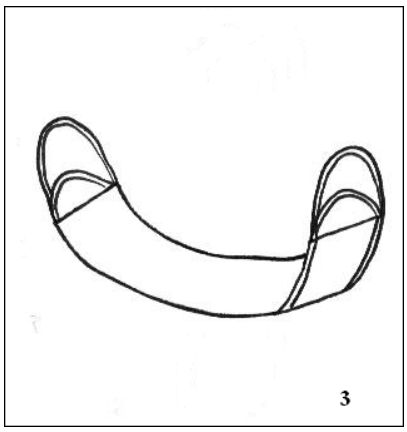
1. Posizionare la fascia Pat-Sling sotto le natiche del paziente posizionato vicino ad una sedia o al letto



2. Iniziare la manovra di seduta tenendo ben salde le maniglie della fascia e bilanciando l'equilibrio del paziente con il proprio peso (fig. 1 e 2)
3. Una volta terminata l'operazione sfilare la fascia da sotto il paziente.



N.B. La fascia ergonomica Pat-Sling può essere usata per operazioni di raddrizzamento, trasferimento semi-verticale, rialzamento.



© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: trasferimento verticalizzato carrozzina/letto (e viceversa)

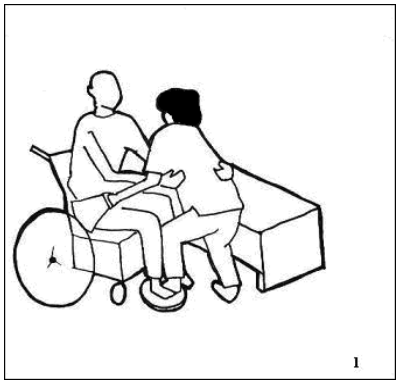
Operazione di trasferimento del paziente parzialmente collaborante dalla carrozzina al letto). La carrozzina sarà affiancata al letto lateralmente, con freni bloccati, bracciolo e poggiapiedi interni rimossi. Il letto, se regolabile in altezza, va abbassato fino al livello del piano della seduta.

Ausilio: disco girevole, fascia ergonomica con maniglie Pat-Sling (eventuale cintura ergonomica Glide-Belt)

Operatori: 1 (di fronte al paziente)

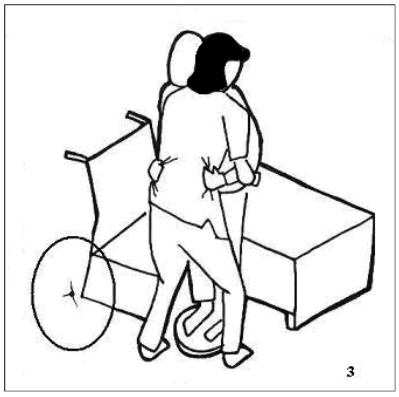
Tecnica:

1. Posizionare il disco girevole sotto i piedi del paziente
2. Con oscillazioni laterali posizionare la fascia ergonomica sotto le pieghe glutee
3. Piede esterno nella direzione del movimento, piede interno trai i piedi del paziente, presa sulle maniglie della fascia ergonomica. Farsi tenere alla vita o chiedere al paziente di afferrare le maniglie della cintura ergonomica precedentemente indossata (fig. 1)
4. Far inclinare il paziente in avanti, abbassarsi per accogliere il suo mento sulla spalla esterna e, con un'azione di richiamo, staccarlo dal sedile (fig. 2)
5. Effettuare il raddrizzamento


1

2

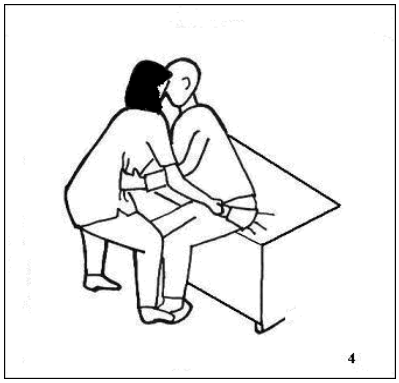
6. Orientarsi orizzontalmente in blocco con il paziente verso la carrozzina, ruotando con il piede al suolo e con un'azione tallone-punta sul disco (fig. 3)


3

7. arrestare la rotazione arretrando al suolo il piede impegnato poi l'altro per ribassarsi in richiamo al momento dell'abbassamento sul letto (fig. 4)

8. Abbandonare la presa sulla fascia ergonomica e disimpegnarsi dalle prese del paziente

Nel passaggio inverso, dal letto alla carrozzina, invertire la sequenza delle azioni.


4

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: Trasferimento verticalizzato carrozzina/wc (e viceversa)

Operazione identica alla precedente che consente di trasferire un paziente dalla carrozzina alla tazza Wc. Il paziente seduto sulla carrozzina verrà posto perpendicolarmente al WC, con il lato inattivo all'interno. Il bracciolo interno e il poggiapiedi devono essere rimossi.

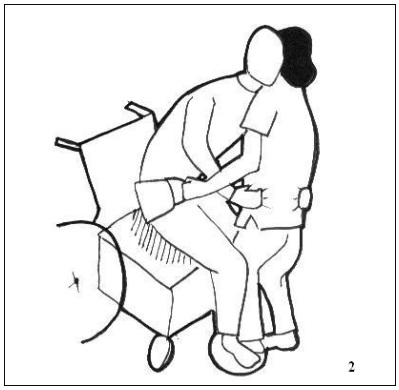
Ausili: Disco girevole, fascia ergonomica con maniglie Pat-Sling (eventuale cintura ergonomica Glide-Belt)

Operatori: 1

Tecnica:

1. Posizionare il disco girevole sotto i piedi del paziente
2. Con oscillazioni laterali posizionare la fascia ergonomica sotto le pieghe glutee
3. Piede esterno nella direzione del movimento, piede interno trai i piedi del paziente, presa sulle maniglie della fascia ergonomica. Farsi tenere alla vita o chiedere al paziente di afferrare le maniglie della cintura ergonomica precedentemente indossata (fig. 1)
4. Far inclinare il paziente in avanti, abbassarsi per accogliere il suo mento sulla spalla esterna e, con un'azione di richiamo, staccarlo dal sedile (fig. 2)
5. Effettuare il raddrizzamento

1


2

6. Orientarsi orizzontalmente in blocco con il paziente verso la carrozzina, ruotando con il piede al suolo e con un'azione tallone-punta sul disco (fig. 3)

3

7. arrestare la rotazione arretrando al suolo il piede impegnato poi l'altro per ribassarsi in richiamo al momento dell'abbassamento sul letto (fig. 4)

8. Sfilare la fascia ergonomica e disimpegnarsi dalla prese del paziente

Nel passaggio inverso, dal wc alla carrozzina, invertire la sequenza delle azioni.

4

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: trasferimento laterale letto/carrozzina/wc/auto

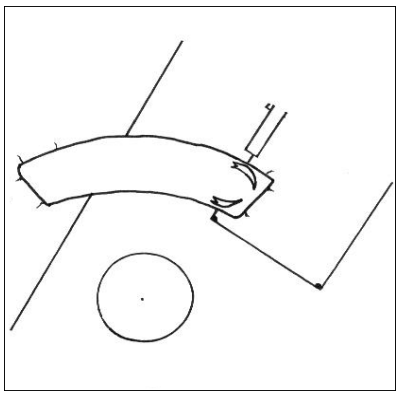
Paziente con ridotte capacità motorie a livello di arti inferiori ma con sufficienti risorse a livello del tronco e degli arti superiori tali da potersi aiutare in una certa misura.

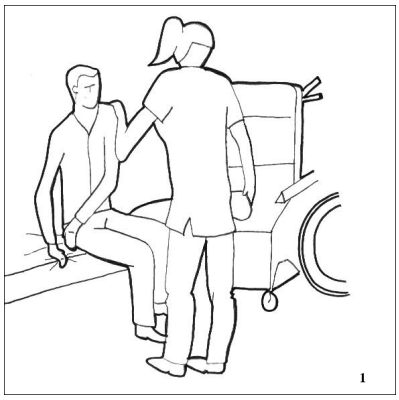
Ausilio: asse rigida di scivolamento GlideBoard (Disco girevole opzionale)

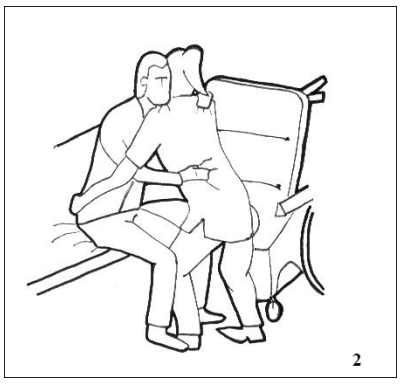
Operatori: 1 (di fronte la paziente)

Tecnica:
Il paziente è seduto sul bordo del letto. La carrozzina viene posizionata con un angolo di ca. 30° rispetto all'asse del letto, bracciolo e poggia-piedi rimossi, freni bloccati. L'altezza del letto deve essere regolata allo stesso livello della seduta.

1. Posizionare il bacino verso il bordo anteriore del letto, posizionare i piedi in modo che si trovino perpendicolarmente al di sotto delle ginocchia o leggermente più avanti. E' vantaggioso preparare i piedi girandoli nella direzione in cui dovranno trovarsi alla fine della manovra (eventualmente è possibile usare, in combinazione, un disco girevole)
2. Inserire l'asse di scivolamento sotto il paziente inclinandolo leggermente di lato (fig. 1). L'asse non deve essere messa sotto il bacino ma sotto la parte alta delle cosce. Infatti nella manovra di trasferimento il peso del corpo viene spostato in avanti così da accentuarsi sulle ginocchia e alleggerirsi a livello del bacino. In questa posizione il bacino viene dunque scaricato in gran parte dal peso e non pone particolari problemi allo spostamento. Avvicinare la carrozzina e appoggiare l'asse a ponte tra il letto e la carrozzina. L'operatore che aiuta può assumere diverse posizioni in funzione di quanto sostegno è richiesto. Se il paziente ha paura a flettersi in avanti può essere vantaggioso che l'operatore si inginocchi davanti assicurandogli in questo modo che non potrà scivolare a terra o ribaltarsi in avanti con la carrozzina. Se il paziente si sente sicuro l'operatore rimane generalmente in piedi.
3. Inquadrare il piede interno del paziente; farsi prendere la vita dal lato esterno (se necessario utilizzare una cintura Glide-Belt per dar maggior supporto/sicurezza al paziente) e la spalla dal lato interno. Abbassarsi per far appoggiare il mento del paziente sulla spalla per poi afferrarlo simmetricamente alla vita fig. 2)
4. Dare inizio, con richiamo, al trasferimento laterale con una traslazione laterale sulla tavoletta e un arretramento del piede interno con seguente rotazione sulle punte dei piedi in blocco col paziente (fig. 3)
5. A trasferimento avvenuto arretrare il piede esterno in contrappeso; far lasciare prima la presa alla spalla e successivamente quella alla vita e avvicinarsi per raddrizzarsi.




1


2

3

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: sollevamento di un paziente dal suolo

Le operazioni di sollevamento del paziente richiedono necessariamente l'utilizzo di un idoneo sollevapazienti. Tuttavia, in ospedale e a domicilio non sono rare le circostanze nelle quali gli operatori devono praticare manualmente dei sollevamenti dal suolo: nelle situazioni di emergenza in cui un sollevapazienti non è disponibile o nei casi in cui lo spazio limitato non ne consenta l'utilizzo. Nei casi in cui non si possa evitare un sollevamento manuale, è opportuno utilizzare a questo scopo un telo ergonomico con maniglie.
Il paziente è al suolo, incapace o impossibilitato a mettersi in piedi o di sedersi su una sedia. Deve essere posto sopra un supporto per essere curato e/o trasportato. Risultano utili i principi di base e le tecniche della Movimentazione manuale dei Malati che vengono insegnate presso strutture formative specifiche.

Ausilio: Telo ergonomico con 4 o 6 maniglie Pull-Up

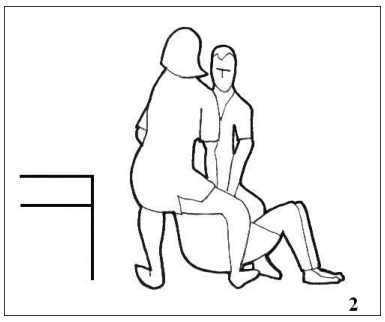
Operatori: 2 (ai lati del paziente)

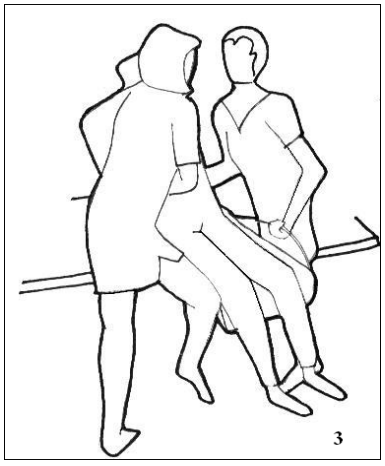
Tecnica:

1. Ruotare il paziente sul fianco e posizionare il telo precedentemente piegato nel senso della lunghezza
2. Ruotare il paziente sull'altro lato per liberare le maniglie laterali
3. Alzare, tramite le maniglie superiori, il paziente in posizione seduta (fig. 1)

1

4. Mettersi in posizione mantenendo schiena eretta e maniglie ben salde, quindi alzarsi spingendo con le gambe portando il paziente a contatto con la seduta o il bordo del letto (fig. 2, 3)


2


3

N.B.: Solo la buona conoscenza delle tecniche di sollevamento manuale permette di ridurre i rischi per la schiena del personale addetto a questa operazione. Questo significa che, tra le altre cose, due operatori, rimanendo vicino al paziente, devono sollevarlo da entrambi i lati avendo cura di assumere una posizione corretta con schiena diritta e gambe flesse.

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Operazione: sollevamento di un paziente dal suolo

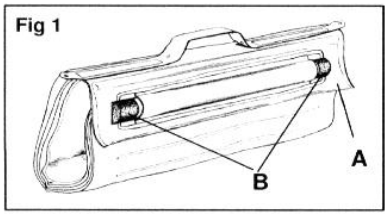
In particolari circostanze di emergenza il sollevamento manuale può essere evitato ricorrendo ad un cuscino gonfiabile. Il paziente è al suolo, incapace di mettersi in piedi o di sedersi su una sedia.

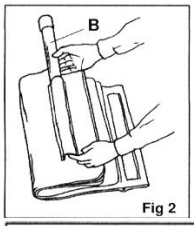
Ausilio: Cuscino gonfiabile di emergenza Elk

Operatori: 1 (dietro al paziente)

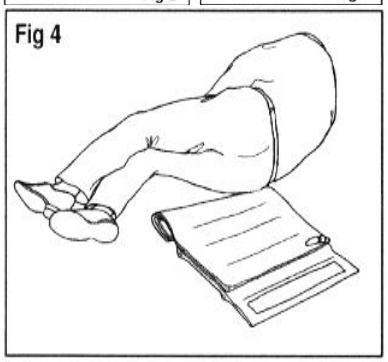
Tecnica:

1. Ruotare sul fianco il paziente
2. Srotolare Elk dopo aver rimosso il tappo (A fig. 1 che blocca l'estremità delle barre di stabilizzazione (B fig. 1)
3. Estrarre la barra di stabilizzazione dalla sua tasca (B fig. 2 al fine di rendere il trasferimento più confortevole per il paziente
4. Ripiegare, lungo la linea della tasca di stabilità, il bordo di Elk (fig. 3)

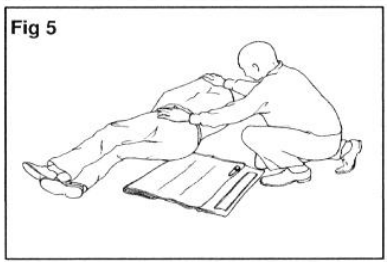




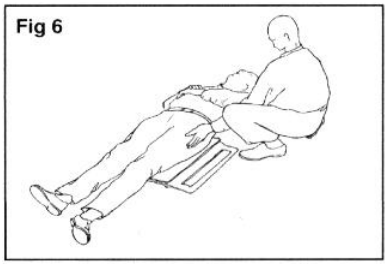
5. Posizionare Elk in modo tale che il bordo superiore sia più o meno a livello della vita del paziente (fig. 4)



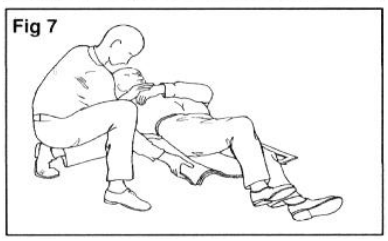
6. Riportare il paziente in posizione supina sopra Elk (fig. 5)



7. Il paziente è disteso sopra Elk (fig. 6)

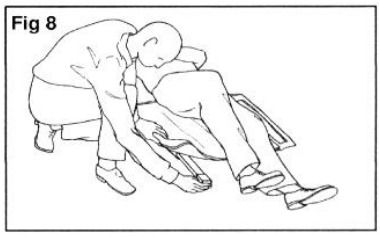


8. rotolare il bordo precedentemente piegato (fig. 7)

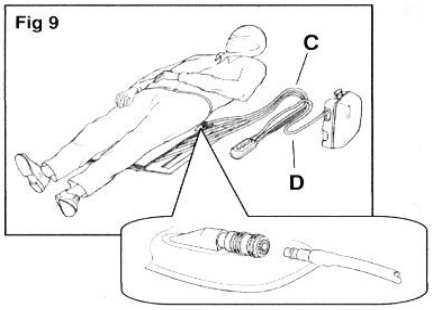


© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

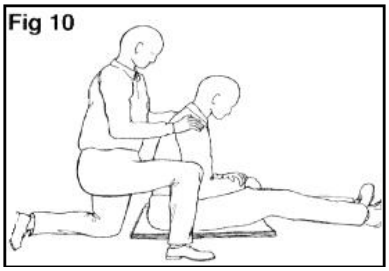
9. Reinserire la barra di stabilizzazione e rimettere il tappo (fig. 8)



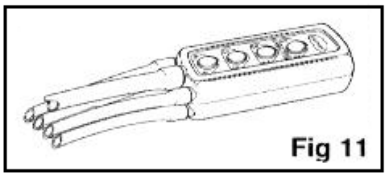
10. Connettere i 4 tubi di gonfiaggio del comando manuale (C Fig. 9) ai connettori corrispondenti di ELK (Fig. 9). I connettori sono numerati e di diverso colore
11. Posizionare l'unità di gonfiaggio di fianco ad Elk assicurandosi che non possa ostacolare il gonfiaggio
12. Inserire il connettore (D Fig. 9) del comando manuale nell'apposita sede posta sull'unità di gonfiaggio e selezionare la funzione "AUTO" posta sull'unità



13. Mettere il paziente in posizione seduta, se necessario sostenere la schiena (fig. 10)
14. Informare il paziente che si è procinto di iniziare la procedura di sollevamento



15. Premere il pulsante n°1 sul comando manuale (Fig. 11). Stabilizzare il paziente durante la fase di salita. Il compressore si arresta automaticamente quando la sezione inferiore di ELK è completamente gonfia
16. Continuare l'operazione attivando i pulsanti 2, 3 e 4 in sequenza. Sostenere il paziente durante ogni fase. Il gonfiaggio dei cuscini avverrà sempre in sequenza
17. Quando ELK sarà completamente gonfio, iniziare il trasferimento del paziente (Fig. 12)
18. Per sgonfiare, scollegare ciascuno dei tubi dell'aria da ELK premendo e rilasciando il fermo sul connettore per poi estrarre definitivamente il tubo dell'aria.



19. Dopo l'uso, arrotolare ELK e reinserire il tappo alle estremità della barra di stabilizzazione

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Igiene e Manutenzione

Le strutture sanitarie/assistenziali dispongono di un appropriato programma di controllo delle infezioni e non dovrebbero avere difficoltà nella pulizia e disinfezione degli ausili.

Gli ausili vengono classificati come “dispositivi non critici”, cioè come oggetti che vengono in contatto con vestiti o con cute intatta e non con mucose. La cute intatta rappresenta, effettivamente, una barriera alle infezioni.

Gli ausili devono comunque essere considerati come possibile fonte di infezione o di contaminazione. Conseguentemente, devono essere progettati e costruiti con materiali cha facilitino la routine quotidiana di pulizia e disinfezione.

In generale la manutenzione degli ausili Samarit è estremamente semplice. Tutti i possono essere puliti e disinfettati, nel rispetto dei programmi di controllo delle infezioni, seguendo le norme riportate nelle relative schede tecniche.

La politica dell’Ente per quanto riguarda il controllo delle infezioni determinerà la frequenza della pulizia e della disinfezione. Questa dovrà avvenire sia quando l’ausilio è visibilmente sporco sia su una base regolare determinata dal programma di controllo delle infezioni: dopo ogni singolo utilizzo, su base quotidiana o settimanale.

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

CODICE	PRODOTTO	MISURA
	Sistemi di trasferimento No-Lift - Materassini con telo rotante	
4400100	Rollbord Standard pieghevole	180x50
4400111	Rollbord Junior pieghevole	180x50
4400200	Rollbord Soft-Bed non pieghevole	180x50
4400300	Rollbord Mini-Gyn	90x50
4400700	Rollmat	180x50
4400800	Shower Trolley Rollbord	170x50
4400900	Ambulance Rollbord pieghevole	165x40
4400940	Ambulance Mini Rollbord	80x40
50040	Rolltrans PTS Ambulance	90x51
50090	Rolltrans PTS Mini non pieghevole	90x50
50180	Rolltrans PTS pieghevole	180x50
	Sistemi di trasferimento No-Lift - Materassi ad aria	
4303000	AirSlide Kit Standard	198x81x15
4304000	AirSlide Kit Bariatric	198x117x15
	Sistemi di trasferimento No-Lift - Materassini morbidi	
4500150	Rollover	180x70
4500350	Rollover Easy con cover sostituibile	180x70
4500200	Cover per Rollover	200x72
4505200	Rollover Longglide	200x52
	Sistemi di trasferimento No-Lift - Assi rigide per trasferimento paziente supino	
4701140	Transglide Transferboard Piccolo	140x48
4701170	Transglide Transferboard Grande	170x65
4701180	Accident&Emegency Transglide Transferboard	140x48
4705263	Transglide Transferboard "Quadro"	152x63
	Sistemi di trasferimento No-Lift - Assi rigide per trasferimento paziente seduto	
4700012	Glideboard	68
4700050	Selfglide Glideboard	50x21
4700080	The Great Glideboard	80
4700102	The Biggest Glideboard	100
4700863	Tetraglide Glideboard	63x23
	Teli ad alto scorrimento	
4500070	Careglide 1 – telino tubolare	70x72
4500100	Careglide 2 – telino tubolare	100x80
4500130	Careglide 3 – telino tubolare	130x100
4501180	Careglide 4 – telino tubolare	110x80
4501310	Careglide 5 – telino tubolare	130x100
4507180	Careglide 6 – telino tubolare	180x70
4701200	Pull-Sheet per Transglide	150x150
	Teli ad alto scorrimento con maniglie	
4503160	Careglide Moving Set – set 3 telini (170x60 cm, 55x65 cm)	170x60
	Materassini tubolari morbidi ad alto scorrimento	
4500195	Mobicare	195x90
4501195	Mobicare Light	195x90
4500260	Minicare	60x60
4502140	Mobiturn	140x80
	Cuscini tubolari a scorrimento unidirezionale	
4504060	One-Way Slide Cushion	4504060

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.

Cinture ergonomiche		
4702100	Glide-Belt	S/M
4702200	Glide-Belt	L/XL
Fasce e teli ergonomici con maniglie		
4502050	Pat-Sling	50x20
4505010	Slide-Up	100x50
4505100	Pull-Up	100x40
4505106	Pull-Up 6 maniglie	150x40
4505110	Slide-Up Wide	100x100/50
4506100	Ambu-Slide	100x50
Dischi girevoli		
4800380	Disco Girevole (Turnplate)	38 (diam.)
4801038	Cuscino Girevole (Seat Turn Cushion)	38 (diam.)
Cuscini gonfiabili		
E0033	Elk	57 x 50 x 56,5 h)

SAMARIT MEDITALIA S.r.l.
Via Alessandro Volta, 24
35030 – SARMEOLA DI RUBANO PADOVA
TEL. 049/8979968 – FAX 049/8986170
info@samarit.it – www.samarit.com – www.samarit.it

© 2009 Samarit MedItalia s.r.l.